



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

EDUARDO COSTA DUTRA

**CARACTERIZAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE
LONGA PERMANÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS**

SÃO LUÍS

2025

EDUARDO COSTA DUTRA

**CARACTERIZAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE
LONGA PERMANÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Maranhão para a
obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Rafael de Abreu Lima

SÃO LUÍS

2025

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Dutra, Eduardo Costa.

CARACTERIZAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS RESIDENTES EM
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS
/ Eduardo Costa Dutra. - 2025.

53 p.

Orientador(a): Rafael de Abreu Lima. Curso de
Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luis,
2025.

1. Idosos. 2. Instituição de Longa Permanência Para
Idosos. 3. Perfil de Saúde. I. Lima, Rafael de Abreu.
II. Título.

EDUARDO COSTA DUTRA

**CARACTERIZAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE
LONGA PERMANÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Maranhão para a
obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 17/07/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rafael de Abreu Lima (Orientador)
Doutor em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Janielle Ferreira de Brito Lima (Examinadora)
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha (Examinadora)
Doutora em Ciências Pedagógicas
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo, expresso minha profunda gratidão a Deus, por sua inabalável graça e por ser a fonte de toda força e resiliência que me permitiu trilhar este caminho. Sem seu amparo, este percurso seria intransponível.

Aos meus familiares, em particular à minha mãe, Maria da Conceição, cujo sacrifício de deixar o lar no interior para que eu pudesse buscar a educação na capital foi a maior demonstração de amor e dedicação. A meus irmãos, Brendo Costa e Mayra Costa, pela força e companheirismo constantes, e a meu pai, Belarmino Martins, que, mesmo à distância, sempre nos proveu o necessário amparo.

Não menos importantes foram as amizades que floresceram nesta trajetória acadêmica. Lucas Marques, cuja companhia e conversas nas viagens de volta para casa tornavam o trajeto mais ameno. A todos meus amigos que compartilharam grande parte desta jornada, e cujas memórias, embora nossos caminhos se diversifiquem, permanecem preciosas em meu coração. Um agradecimento particular a Ingrid Anne, pelo apoio incondicional e por ser a melhor amiga que eu poderia ter nesta desafiadora reta final, a Maylson, que sempre nos brindou com seu bom humor e a Emanuelle Cristina, pela constante presença e incentivo em toda essa grande jornada.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA), instituição que me acolheu e me proporcionou uma jornada de aprendizado enriquecedora, cujas experiências, neste ponto de minha vida, eu já não imaginava mais vivenciar. Aos dedicados professores do curso de Enfermagem, por compartilharem seus conhecimentos e inspiração.

Um agradecimento especial e profundo ao meu excelentíssimo professor e orientador, Rafael de Abreu Lima, que, com notável paciência, empenho e confiança, não apenas me guiou na construção deste trabalho, mas também acreditou em meu potencial, tornando esta realização possível. O que para muitos se configura como um mero ciclo acadêmico, para mim representa uma experiência profundamente transformadora e uma etapa indelével e significativa de minha trajetória pessoal e profissional.

"Mas ele me disse: “Minha graça é suficiente para você, pois o meu poder se aperfeiçoa na fraqueza”. Portanto, eu me gloriarei ainda mais alegremente em minhas fraquezas, para que o poder de Cristo repouse em mim”.

2 Coríntios 12:9

RESUMO

A transição demográfica no Brasil impõe desafios à garantia do bem-estar das pessoas idosas, especialmente quando o suporte familiar se mostra insuficiente. Nesse contexto, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) emergem como um recurso assistencial e de saúde, embora o perfil de seus residentes e as condições dessas instituições ainda sejam pouco conhecidos em muitas regiões. Esta pesquisa teve como objetivo estudar sobre as Instituições de Longa Permanência para Idosos e seus residentes no município de São Luís (MA). Trata-se de um estudo transversal e descritivo com atualização de georreferenciamento, realizado entre janeiro e maio de 2025, com base em dados secundários provenientes das fichas cadastrais do Conselho Estadual de Direito da Pessoa Idosa (CEDIMA). As variáveis analisadas incluíram dados sobre as instituições, perfil sociodemográfico, grau de dependência e diagnósticos clínicos dos residentes. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva no Microsoft Excel® e a análise espacial foi elaborada com os softwares GeoDa e QGIS. Foram identificadas sete ILPIs ativas no município, com predomínio da natureza jurídica privada (57,1%), seguida pela pública (28,5%) e filantrópica (14,2%). A análise espacial demonstrou uma concentração dessas instituições em Distritos Sanitários com melhores indicadores de infraestrutura. A população estudada totalizou 127 residentes, com predominância do sexo feminino (61,4%) e idade média de 79 anos. O perfil sociodemográfico revelou baixa escolaridade (35,4% com 1 a 4 anos de estudo), e as principais fontes de renda foram a aposentadoria (51,2%) e o Benefício de Prestação Continuada (40,9%). O perfil clínico demonstrou elevada complexidade, com 63,8% dos idosos classificados com dependência funcional em níveis moderado e grave. As condições de saúde mais frequentes foram a deficiência cognitiva (61,4%), a Doença de Alzheimer (30,7%) e o transtorno de ansiedade (28,3%). Conclui-se que a população institucionalizada em São Luís apresenta um perfil de alta vulnerabilidade social e complexidade clínica, posicionando as ILPIs como equipamentos estratégicos de saúde. O diagnóstico aponta para a urgência de políticas públicas intersetoriais que qualifiquem e ampliem a rede de acolhimento de forma equitativa.

Palavras-chave: Idosos; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Perfil de saúde.

ABSTRACT

Brazil's demographic transition presents challenges to ensuring the well-being of older adults, especially when family support is insufficient. In this context, Long-Term Care Facilities for the Elderly (LTCFs) emerge as a social and health care resource, although the profile of their residents and the conditions of these institutions remain little known in many regions. This research aimed to study Long-Term Care Institutions for the Elderly and their residents in the municipality of São Luís (MA). This is a cross-sectional, descriptive study with updated georeferencing, conducted between January and May 2025, based on secondary data from the registration forms of the State Council for the Rights of the Elderly (CEDIMA). The variables analyzed included data on the institutions, sociodemographic profile, degree of dependency, and clinical diagnoses of residents. Data analysis was performed using descriptive statistics in Microsoft Excel®, and spatial analysis was performed with GeoDa and QGIS software. Seven active LTCFs were identified in the municipality, predominantly private (57.1%), followed by public (28.5%) and philanthropic (14.2%). Spatial analysis revealed a concentration of these institutions in Health Districts with better infrastructure indicators. The study population comprised 127 residents, with a predominance of females (61.4%) and a mean age of 79 years. The sociodemographic profile showed low educational attainment (35.4% with 1-4 years of study), and the main sources of income were retirement pensions (51.2%) and the Continuous Cash Benefit (40.9%). The clinical profile demonstrated high complexity, with 63.8% of the residents classified with moderate to severe functional dependency. The most frequent health conditions were cognitive impairment (61.4%), Alzheimer's disease (30.7%), and anxiety disorder (28.3%). In conclusion, the institutionalized population in São Luís has a profile of high social vulnerability and clinical complexity, positioning LTCFs as strategic health facilities. This diagnosis highlights the urgent need for intersectoral public policies to improve and expand the care network equitably.

Keywords: Elderly; Long-Term Care Institution for the Elderly; Health Profile.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Natureza jurídica das ILPI's do município de São Luís, 2024.....	34
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos residentes das IPLIS de São Luís, segundo dados do CEDIMA, 2024.....	35

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Princípios Organizativos do SUAS, 2019.....	18
Quadro 2 - Princípios do SUS, 2022.	20
Quadro 3 - Resoluções da Diretoria Colegiada de Funcionamento da ILPIs, 2024.....	27

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide etária representando a população de idosos em São Luís por sexo e faixa	28
Figura 2 - Mapa da Ilha de São Luís – MA	29
Figura 3 - Mapas dos 7 Distritos Sanitários e dos 9 Distritos Sanitários do Município de São Luís-MA, 2021.	30
Figura 4 - Distribuição espacial da ILPIs de São Luís, segundo bairros/logradouros, 2025. ..	33

LISTA DE SIGLAS

AD	Atendimento domiciliar
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAOP	Centro de Apoio Operacional de Proteção ao Idoso e Pessoa com Deficiência
CEDIMA	Conselho Estadual do Idoso do Maranhão
CIAPVI	Centro Integrado de Apoio e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLD	Cuidados de Longa Duração
CMDI	Conselho Municipal dos Direitos do Idoso
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNEAS	Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CVPI	Comitê de Valorização da Pessoa Idosa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP	Desvio Padrão
FEMADI	Fórum das Entidades Maranhenses de Defesa e Direito do Idoso
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HEMOBRÁS	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ILPIs	Instituições de Longa Permanência para Idosos
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
NOB	Norma Operacional Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência à Saúde
PPI	Pastoral da Pessoa Idosa

CLD	Cuidados de Longa Duração
DS	Distrito Sanitário
PSF	Programa de Saúde da Família
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 SUAS e SUS: Políticas públicas em rede de assistência à pessoa idosa.	16
3.2 Política de Assistência Social – PNAS.....	22
3.3 Modalidades de Acolhimento.....	22
3.3.1 A Casa Lar	23
3.3.2 A República para Idosos.....	23
3.3.3 A Família Acolhedora	23
3.3.4 Acolhimento Institucional	24
3.3.5 Centros de Convivência para Idosos.....	24
3.3.6 Atendimento Domiciliar.....	24
3.3.7 Centro-Dia.....	25
3.4 Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs.....	25
4 Pessoas Idosas do Município de São Luís.....	28
5 MÉTODO	29
5.1 Tipo de estudo	29
5.2 Período e Local do Estudo.....	29
5.3 População do Estudo	30
5.4 Coleta de Dados e Instrumentos para Pesquisa.....	31
5.5 Análise dos dados.....	31
5.6 Aspectos Éticos	32
6 RESULTADOS	33
7 DISCUSSÃO	36
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS.....	40
ANEXO.....	47
ANEXO A – DECLARAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DO IDOSO	48
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA	49
APÊNDICES	50
APÊNDICE A – INFORMAÇÕES SOBRE AS INSTITUIÇÕES MARANHENSES	51
APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE PESQUISA	52

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno de abrangência mundial, caracterizado como um processo natural, complexo e heterogêneo. No Brasil, esse aumento ocorre de forma acelerada e desorganizada, constituindo-se como desafio para as políticas sociais e de saúde pública. Estimativas mostram que 12,7% da população brasileira tem 60 anos ou mais de idade e que, em 2050, esse percentual pode atingir 29,6% (Andrade *et al.*, 2020).

Com o aumento no número de pessoas idosas na sociedade, surgem novas necessidades nos diversos setores e emergem outras problemáticas, já que o processo de envelhecimento configura significativas mudanças como aumento das doenças crônicas degenerativas, complicações decorrentes de acidentes por quedas, além de estigmas sociais como etarismo, violência, maus tratos, abandono e negligência por parte da família e do Estado (Pippi *et al.*, 2020).

Face a isso, a questão social dos idosos tornou-se um grande desafio que apresenta uma série de discussões socioeconômicas, já que aumenta-se a probabilidade de dependência entre as pessoas idosas, levando à incerteza de como viverão quanto à sua autonomia, renda e saúde física e mental, incluindo as relações familiares e como estes fatores tem contribuído para o aumento do abandono e negligência por parte da família e Estado, caracterizando-se nesse contexto, como um público mais vulnerável e dependente (Santos *et al.*, 2019). E para muitas pessoas idosas brasileiras, infelizmente, a longevidade não é uma aliada, pois para muitos, a velhice tem sido acompanhada de declínios do estado de saúde físico e mental, com perda de independência e autonomia e presença de limitações socioeconômicas e ambientais, que são fatores associados à limitação da capacidade funcional (Ferreira *et al.*, 2019).

Por conta desse perfil de idosos frágeis e com limitações funcionais, existe uma necessidade de estabelecer alternativas de cuidados não familiares ou formais para essa população e desperta um debate sobre a provisão e a qualidade dos cuidados de longa duração (CLD), destacando neste contexto as instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) (Guimarães *et al.*, 2019).

Dias, Carvalho e Araújo (2013) já apontavam quase 100 mil idosos que residiam em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), em 2019, Rosa, Cappellari e Urbanetto, referiram mais de 1,8 milhões, porém, ainda há uma indisponibilidade de dados precisos sobre o quantitativo de idosos residentes em instituições, em decorrência do desconhecimento de quantas ILPI's existem no Brasil (Watanabe *et al.*, 2020; Machado *et al.*, 2020). Contudo, são muitos idosos que necessitam de acolhimento institucional, seja por limitações físicas para as

atividades de vida diária; insuficiência ou impossibilidade familiar; ou, ainda, para solução da violência estrutural (Barros et al., 2022).

Outro aspecto importante é que as ILPIs são equipamentos da assistência social, mas que precisam oferecer assistência em saúde multiprofissional e especializada, conforme necessidade clínica e social de cada residente, além de oferecer um ambiente doméstico que preserve a intimidade e a identidade, já que a velhice se apresenta de forma singular para cada pessoa, ainda é uma incógnita o processo de institucionalização para cada um (Pereira *et al.*, 2022).

Emerge, assim a necessidade de estudos para ampliar o conhecimento sobre a existência de ILPI's, bem como o perfil dos residentes que são acolhidos, bem como as condições de vida e saúde destas pessoas com variadas morbidades, graus de dependência e vulnerabilidades, para que se vise uma assistência integral, a fim de permitir melhor acompanhamento dessa população e melhora da qualidade de vida através da oferta de atividades voltadas às necessidades deste público (Costa *et al.*, 2021). Ainda, a escassez de estudos brasileiros, principalmente na região nordeste, a fim de ressaltar as urgências sociais como a insuficiência familiar e/ou abandono de vulnerável.

Desta forma, torna-se importante conhecer o perfil de idosos que residem em ILPIs de São Luís, para melhor direcionar ações de promoção à saúde e prevenção às vulnerabilidades e incapacidades que as pessoas idosas tendem a desenvolver com o passar dos anos, bem como suscitar políticas específicas para pessoas institucionalizadas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Estudar sobre Instituições de Longa permanência e seus residentes no município de São Luís - MA;

2.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar as ILPIs do Município de São Luís:
2. Verificar a distribuição espacial das ILPIs no município de São Luís – MA;
3. Conhecer o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas idosas residentes de ILPIs da capital maranhense;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SUAS e SUS: Políticas públicas em rede de assistência à pessoa idosa.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) são políticas públicas destinadas a todos cidadãos que dela necessitarem, sendo composta por normas e diretrizes que tentam assegurar e garantir os direitos contidos na atual Constituição Federal do Brasil. Ambos, estão presentes em todo território nacional e objetivam garantir a proteção social e de saúde aos cidadãos, contemplando indivíduo, família e comunidade, no enfrentamento de suas dificuldades, por meio de serviços, benefícios, programas e projetos, buscando uma maior articulação, parceria e complementaridade para evitar ações isoladas e fragmentadas entre o Estado e a sociedade. (Carvalho, 2006).

O SUAS é um sistema público que organiza os serviços de assistência social no Brasil. Com um modelo de gestão participativa, ele articula os esforços e os recursos dos três níveis de governo, isto é, municípios, estados e a União, para a execução e o financiamento da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), envolvendo diretamente estruturas e marcos regulatórios nacionais, estaduais, municipais e do Distrito Federal. (Brasil, 2023)

O SUAS organiza as ações da assistência social em dois tipos de proteção social. A primeira é a Proteção Social Básica, destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. A segunda é a Proteção Social Especial, destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros. (Brasil, 2023)

Neste sistema também há a oferta de Benefícios Assistenciais, prestados a públicos específicos de forma integrada aos serviços, contribuindo para a superação de situações de vulnerabilidade. O SUAS também gerencia a vinculação de entidades e organizações de assistência social ao Sistema, mantendo atualizado o Cadastro Nacional de Entidades e Organizações de Assistência Social (CNEAS) e concedendo certificação a entidades beneficentes. (Brasil, 2023)

Atualmente coordenado pelo Ministério da Cidadania, o Sistema é composto pelo poder público e sociedade civil, que participam diretamente do processo de gestão compartilhada. Nesse modelo de gestão, as ações e a aplicação de recursos do SUAS são negociadas e pactuadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Esses procedimentos são acompanhados e aprovados pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e pelos Conselhos Estadual e Municipal de Assistência Social, que

desempenham um importante trabalho de controle social. (Brasil, 2023)

Criado a partir das deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social e previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), o SUAS teve suas bases de implantação consolidadas em 2005, por meio da sua Norma Operacional Básica do Suas (NOB/SUAS), que apresenta claramente as competências de cada órgão federado e os eixos de implementação e consolidação da iniciativa. (Brasil, 2023).

Em consonância ao LOAS (1993), as diretrizes da Organização da Assistência Social foram divididas em 3 pautas:

- **Descentralização político-administrativo** para os Estados, o Distrito Federal, e comando único para cada esfera do governo;
- **Participação da População** por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;
- **Primazia da Responsabilidade** do Estado na condução da Política de Assistência Social em cada esfera de governo

A partir da LOAS e PNAS/2004, é acrescido na diretriz de descentralização o comando único, dessa forma, cabe a cada esfera de governo, respeitando os princípios e diretrizes definidos nesta Política Nacional, coordenar, formular e cofinanciar, além de monitorar, avaliar, capacitar e sistematizar as informações. As ações das três esferas de governo na área de assistência social devem ser planejadas e executadas de forma articulada, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera Federal e a coordenação e execução dos programas, em suas respectivas esferas, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios. Além disso, nesse mesmo ano (2004) mais uma diretriz foi formada: a Centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos. Esta trouxe a importância da família no contexto da vida social, conforme também afirmado na Constituição Federal quando institui que a “família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”.

No que tange os princípios da política de assistência social mais recentes instituídos por meio da NOB/SUAS-2012, temos:

Quadro 1 - Princípios Organizativos do SUAS, 2019.

Princípios	Conceituação
Universalidade	Todos têm direito à proteção socioassistencial, prestada a quem dela necessitar, com respeito à dignidade e à autonomia do cidadão, sem discriminação de qualquer espécie ou comprovação vexatória da sua condição.
Gratuidade	A assistência social deve ser prestada sem exigência de contribuição ou contrapartida, observado o que dispõe o art. 35, da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 – Estatuto do Idoso.
Integralidade da Proteção Social	Oferta das provisões em sua completude, por meio de conjunto articulado de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais.
Intersetorialidade	Integração e articulação da rede socioassistencial com as demais políticas e órgãos setoriais.
Equidade	Respeito às diversidades regionais, culturais, socioeconômicas, políticas e territoriais, priorizando aqueles que estiverem em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social.

Fonte: Pernambuco (2019).

Um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, o SUS, abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida,

com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

O SUS é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal e cada ente tem suas responsabilidades:

- **Ministério da Saúde:** Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais;
- **Secretarias Estaduais da Saúde:** Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde;
- **Secretarias Municipais de Saúde:** Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde;

Além disso, os Conselhos de Saúde (Nacional, Estadual ou Municipal), são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, têm caráter permanente e deliberativo, participam dessa política e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. Ressalta-se ainda que cada Conselho de Saúde define as comissões. Como modo organizativo, o SUS apresenta princípios organizativos e operacionais que garantem a assistência a todos os cidadãos brasileiros, a saber, dispostos no quadro 2:

Quadro 2 - Princípios do SUS, 2022.

Princípios	Conceituação
Universalização	A saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais;
Equidade	O objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.
Integralidade	Este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.
Regionalização e Hierarquização	A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região
Descentralização e Comando Único	Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer

	esta função
Participação Popular	A sociedade deve participar no dia a dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Fonte: Brasil (2022).

E nessa perspectiva de permitir que as políticas públicas encontrem e garantam os direitos das pessoas idosas, foram criadas Redes de Assistência por meio da Portaria GM/MS n. 2.436/2017, que são arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde e social, de diferentes densidades tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial (Brasil, 2017).

E como o SUS e SUAS são sistemas fragmentados e o atual modelo de atenção à saúde e social hegemônico é totalmente inadequado para a situação epidemiológica do país, a Organização Mundial da Saúde tem recomendado a implantação de sistemas integrados ou Redes de Atenção, com a adoção de um modelo de atenção que de fato atenda às necessidades de saúde da população (Brasil, 2017).

Essas Redes de Atenção, constituem-se como nova forma de organização da sociedade, em que há cooperação entre as unidades dotadas de autonomia, interação de agentes públicos e privados e onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã. Assim, a organização em redes surge com o objetivo de superar a fragmentação existente nos sistemas de saúde através de serviços integrados e articulados, garantindo a integralidade do cuidado (Lima e Sardinha, 2018).

O Estado do Maranhão, por exemplo, conta com órgãos, entidades e instituições da Rede de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa do Maranhão (RENADI-MA). Tratando-se de órgãos que atuam na defesa, proteção e controle social, tem-se: Conselho Estadual dos Direitos do idoso (CEDIMA); Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (CMDI); Serviço de Abordagem Social; Defensoria Pública do Estado do Maranhão, a qual abrange o CIAPVI; Pastoral da Pessoa Idosa (PPI); Casa da Mulher Brasileira; Centro de Apoio Operacional de Proteção ao Idoso e Pessoa com Deficiência (CAOP); Delegacia Estadual do Idoso e a Vara Especializada para a Pessoa Idosa. Outros órgãos importantes que compõem a rede e prestam assistência à pessoa idosa: Fórum das Entidades Maranhenses de Defesa e Direito da Pessoa Idosa (FEMADI); Comitê de Valorização da Pessoa Idosa (CVPI); Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e

Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (Lima e Sardinha, 2018).

3.2 Política de Assistência Social – PNAS

Ao longo do século XX a assistência social no Brasil não tinha o status de política pública, apenas com a Constituição Federal de 1988 tornou-se um dever do Estado e um direito do cidadão. Esta Carta Constitucional alterou legalmente o padrão de proteção social, tendo em vista que, ao incluir a política de saúde, de previdência e de assistência social, como pilares da seguridade social, estabeleceu, ao menos formalmente, um formato de proteção social mais abrangente, inclusivo e com uma orientação democrática e redistributiva. A partir desse momento, o marco jurídico-normativo dessa política social (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; a PNAS, de 2004; a Lei de nº 12.435, de 6 de julho de 2011 – conhecida como Lei do SUAS; normas operacionais etc.) construído a partir da disputa entre diferentes projetos coletivos, têm estabelecido que as ações socioassistenciais devam ser organizadas através de um sistema descentralizado e participativo (Silva, 2020).

A Política de Assistência Social busca incorporar as demandas presentes na sociedade brasileira no que tange a responsabilidade política, objetivando tornar clara suas diretrizes na efetivação como direito de cidadania e responsabilidade do Estado, onde significa garantir a todos, que dela necessitam e sem contribuição prévia a provisão dessa proteção. A PNAS permite a padronização, melhoria e ampliação dos serviços de assistências no país. Contudo, é necessário ressaltar que a transição demográfica do Brasil, interferirá diretamente nas políticas, sendo necessário adaptações e/ou aprimoramentos para que atendam as reais necessidades (Pippi *et al.*, 2020).

Enfatiza-se que a PNAS contribuiu para a constituição do SUAS, que divide a proteção social em Proteção Social Básica e Proteção Social Especial (média e alta complexidade), pois incorporam as demandas da sociedade de um modo geral de assegurar proteção à pessoa que vive em situação de vulnerabilidade social, como é o caso de pessoas idosas, que atualmente constituem 12,7% da população brasileira (Andrade *et al.*, 2020; Silva, 2022).

3.3 Modalidades de Acolhimento

O acelerado envelhecimento populacional brasileiro, impulsionado por profundas transformações demográficas e socioeconômicas, configura um cenário de demandas crescentes por políticas públicas direcionadas à população idosa, com ênfase na oferta de cuidados de longa duração. A complexidade dessa demanda, associada à progressiva redução da capacidade familiar em prover tais cuidados, impulsiona o debate sobre o papel do Estado

nesse processo e as diferentes modalidades de acolhimento institucional. Este estudo, com base em um corpus de pesquisas sobre o tema, busca analisar políticas públicas voltadas à proteção social da pessoa idosa, com foco nas modalidades de acolhimento Casa Lar, República para Idosos e Família acolhedora, acolhimento institucional, centro de convivência, atendimento domiciliar e centro dia.

3.3.1 A Casa Lar

A Casa Lar, definida em Medianeira (PR) como um espaço de convivência familiar (Medianeira, 2022, p. 8), se apresenta como uma alternativa que busca romper com o modelo tradicional de institucionalização, historicamente marcado por práticas tutelares e assistencialistas. Ao acolher grupos de até 10 idosos, a Casa Lar busca promover a autonomia e a participação dos residentes por meio da convivência em um ambiente familiar, com suporte de “pessoal habilitado, treinado e supervisionado por equipe técnica capacitada” (Medianeira, 2022, p. 8). Essa modalidade, no entanto, suscita reflexões acerca dos limites da capacidade familiar em prover os cuidados necessários, especialmente em um contexto de transformações nas configurações familiares e de crescente participação da mulher no mercado de trabalho.

3.3.2 A República para Idosos

No Distrito Federal, a República para Idosos é ofertada como uma alternativa de residência para “idosos independentes e/ou com diversos graus de dependência” (Distrito Federal, 2019), com foco na autonomia dos residentes. A organização da República se estrutura em um “sistema que permite que seus moradores tomem as decisões com relação ao funcionamento da unidade de maneira conjunta” (Distrito Federal, 2019), incentivando a autogestão e a participação dos idosos nas decisões do cotidiano. Contudo, a implementação da república para idosos no Brasil levanta questionamentos sobre a efetividade da autonomia proporcionada, considerando a heterogeneidade do público atendido, a persistência de preconceitos e a fragilidade da rede de suporte social.

3.3.3 A Família Acolhedora

A Família Acolhedora, em Medianeira (PR), é apresentada como uma possibilidade de “ressignificação do cuidado e do afeto” (Medianeira, 2022, p. 9) por meio da convivência familiar. Embora não esteja prevista na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais para idosos, essa modalidade se baseia na premissa de que o cuidado personalizado em um ambiente familiar pode favorecer um envelhecimento saudável. A Família acolhedora, no

entanto, enfrenta desafios para sua implementação, como a necessidade de regulamentação, a formação adequada das famílias acolhedoras e o acompanhamento contínuo por parte do Estado.

3.3.4 Acolhimento Institucional

Acolhimento institucional, definido como uma modalidade de proteção social de alta complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), é previsto na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução nº 109/09), e destinado ao atendimento de pessoas idosas (60 anos ou mais) de ambos os sexos, com diferentes necessidades e graus de dependência (Brasil, 2009). A modalidade é destinada a aqueles que não dispõem de condições para permanecerem com a família, devido a situações de abandono, violência ou negligência; que se encontram em situação de rua e de abandono; ou que têm vínculos familiares fragilizados ou rompidos (Camarano, 2006).

O Estatuto do Idoso reitera essa lógica e a prioriza como medida de proteção: a família é o primeiro local onde o atendimento deve se dar, e somente a ela sendo considerada a principal cuidadora. As instituições surgem quando o suporte familiar não existe e apenas podem servir como um paliativo. O cuidado dentro da instituição exige que as famílias sejam consideradas parte do processo e a assistência é muito mais do que uma relação contratual; deve haver uma participação integral e humanitária dos profissionais. Os profissionais de saúde, entretanto, nem sempre se empenham no cuidado; nem a sociedade se compadece, apenas quando as condições do asilo se tornam públicas. Há que se combater o preconceito e a indiferença a estes serviços e, ao invés de buscar um espaço, uma estrutura pública e institucionalizada, devemos ampliar e construir mais opções (Brasil, 2003).

3.3.5 Centros de Convivência para Idosos

Centros de Convivência para Idosos são espaços físicos que oferecem um ambiente acolhedor para atividades recreativas, culturais e de socialização, com o intuito de estimular o bem-estar e a qualidade de vida de idosos independentes (Brasil, 2003). São, geralmente, abertos a todos os idosos da comunidade, e podem estar vinculados a outros serviços e/ou programas sociais. No entanto, a política nacional do idoso ainda não definiu com clareza as funções e o papel desses centros, é muito pouco se sabe sobre a efetividade do cuidado.

3.3.6 Atendimento Domiciliar

O Atendimento Domiciliar (AD) se destina a pessoas idosas, em situação de

dependência funcional, que necessitam de apoio para a realização das atividades básicas da vida diária. Geralmente, o atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de saúde e outros profissionais da rede de assistência social. A prática do AD foi incentivada pelo Ministério da Saúde a partir do Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2006) e da Portaria no 2.529/2006, que reforçam a atenção integral e o atendimento domiciliar. A presença de um cuidador, geralmente um membro da família, é fundamental para o sucesso do AD, embora muitas famílias enfrentem dificuldades para atender as necessidades de seus membros mais dependentes. A falta de recursos para o cuidador e o cuidado doméstico fragiliza as políticas de longa duração.

3.3.7 Centro-Dia

Centros-dia são estabelecimentos que oferecem atividades de cuidado e de socialização para idosos independentes ou semi dependentes, por meio da realização de atividades de lazer e recreativas. O centro-dia é uma alternativa para os idosos que não desejam ou não podem residir em uma ILPI e mantêm vínculo com seus familiares. As atividades são, geralmente, ministradas no turno diurno e o idoso retorna para casa ao final do dia. Os centros-dia podem ser financiados pelo poder público ou por meio de convênios, e oferecem serviços de saúde (Brasil, 2007). No entanto, a oferta de centros-dia ainda é muito baixa, o que pode estar relacionado aos preconceitos, à falta de recursos e à dificuldade de encontrar alternativas viáveis de cuidado. O papel dos centros-dia é promover a autonomia do idoso.

3.4 Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs

De acordo com a RDC 502/21-ANVISA ela define uma ILPI como: “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania” (RDC502/21-ANVISA).

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) foram, inicialmente, criadas para atender a população carente que precisava de um local de abrigo e assistência. Por esta razão, muitas instituições brasileiras se autodenominam abrigos, que geralmente surgem de forma espontânea a fim de suprir as demandas que uma comunidade apresenta. No entanto, devido à falta de políticas públicas adequadas, essas instituições podem enfrentar desafios relacionados à qualidade dos serviços prestados, o que impacta diretamente as condições de vida dos seus residentes (Born e Boechat, 2006).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) propôs a adoção do termo

“Instituição de Longa Permanência para Idosos” para refletir a nova função híbrida (assistência social e assistência à saúde) dessas instituições. Esse nome é uma adaptação do termo “*Long-Term Care Institution*” utilizado pela Organização Mundial da Saúde (Costa, 2004). Na literatura e na legislação, os termos ILPIs, casas de repouso e asilos são frequentemente utilizados de forma indiscriminada (Camarano, 2007; Camarano *et al.*, 2010). Em essência, todos se referem a domicílios coletivos que proporcionam cuidados e algum nível de serviço de saúde aos idosos.

3.4.1 História das Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPIs

A história da institucionalização da velhice teve início como uma prática assistencialista, com a caridade cristã desempenhando um papel predominante em sua implementação. Nesse contexto, a institucionalização surgiu como uma resposta à pobreza individual e familiar, e o termo “asilo” passou a ser associado a instituições destinadas a idosos em situação de carência (Christophe e Camarano, 2010).

Também, de acordo com a escritora Adriana de Oliveira Alcântara, o surgimento de instituições para idosos não é recente. O cristianismo foi pioneiro no amparo aos velhos: “Há registro de que o primeiro asilo foi fundado pelo Papa Pelágio II (520-590), que transformou a sua casa em um hospital para velhos” (Alcântara, 2004). No Brasil Colônia, o Conde de Resende defendeu que soldados velhos mereciam uma velhice digna e “descansada”. Em 1794, no Rio de Janeiro, começou então a funcionar a Casa dos Inválidos, não como ação de caridade, mas como reconhecimento àqueles que prestaram serviço à pátria, para que tivessem uma velhice tranquila (Alcântara, 2004).

Nos primórdios, os “asilos de velhos” serviam para abrigar idosos em situação de pobreza e exclusão social. No Brasil, o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, criado em 1890, foi a primeira instituição para idosos no Rio de Janeiro. Em outro cenário, quando não havia instituições específicas para a pessoa idosa, estes eram abrigados em asilos de mendicidade, junto com outros pobres, doentes mentais, crianças abandonadas, desempregados. No fim do século XIX, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo dava assistência a mendigos e, conforme o aumento de internações para idosos, passou a definir-se como instituição gerontológica em 1964 (Born, 2002).

3.4.2 Resoluções da Diretoria Colegiada – RDC

A sigla RDC corresponde a “Resolução da Diretoria Colegiada” e refere-se a um conjunto de normas regulamentares que estabelece responsabilidades para empresas e

profissionais, assegurando desta forma a adoção de boas práticas e a manutenção de altos padrões de qualidade nos produtos e serviços destinados à saúde da população. São normativas emitidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no Brasil, regulamentando, orientando e estabelecendo normas para a segurança, eficácia e qualidade. Cada RDC aborda questões específicas, como procedimentos de registro e autorização, requisitos de fabricação e controle de qualidade, boas práticas de fabricação, e normas para a comercialização e uso de produtos, que são aplicáveis a empresas, profissionais e instituições que atuam nos setores regulados pela ANVISA. As RDCs são elaboradas e aprovadas pela Diretoria Colegiada da ANVISA, que é composta por diretores responsáveis por diferentes áreas da agência. Após a aprovação, as RDCs são publicadas no Diário Oficial da União e passam a ter validade legal, elas podem ser revisadas e atualizadas periodicamente para refletir novas evidências científicas, mudanças tecnológicas ou necessidades regulatórias emergentes.

As Resoluções da Diretoria Colegiada que tratam do funcionamento das ILPIs visam estabelecer normas e diretrizes para assegurar a qualidade dos serviços e proteção dos residentes. Entre as principais RDCs relacionadas a ILPIs, podemos destacar (Quadro 3).

Quadro 3 - Resoluções da Diretoria Colegiada de Funcionamento da ILPIs, 2024.

RDC	Normas e Diretrizes
RDC nº 63/2011	Não exclusiva para ILPIs, esta resolução trata de aspectos importantes para instituições de saúde em geral, incluindo aquelas que atendem idosos. Estabelece normas para a prevenção e controle de infecções relacionadas a serviços de saúde, um aspecto crucial para garantir a segurança dos residentes em ILPIs.
RDC nº 36/2013	Estabelece diretrizes para o controle de riscos relacionados ao uso de produtos químicos em serviços de saúde, que podem ser relevantes para ILPIs, especialmente em relação ao controle de infecções e segurança ambiental.
RDC nº 427/2020	Atualização das normas para as ILPIs, revoga a RDC nº 283/2005 e estabelece novos requisitos e diretrizes para a operação das instituições, inclui normas sobre o controle de infecções, segurança dos residentes, e cuidados específicos para a saúde e bem-estar dos idosos.
RDC nº 502/2021	Atualização das normas para as ILPIs, revoga a RDC nº 283/2005 e estabelece os requisitos para o funcionamento das ILPIs e define as condições mínimas de infraestrutura, serviços e recursos humanos

	necessários para garantir a qualidade dos cuidados prestados. Abordando aspectos como a organização dos espaços, o quadro de profissionais de saúde, e os serviços essenciais que devem ser ofertados.
--	--

Fonte: Brasil (2024).

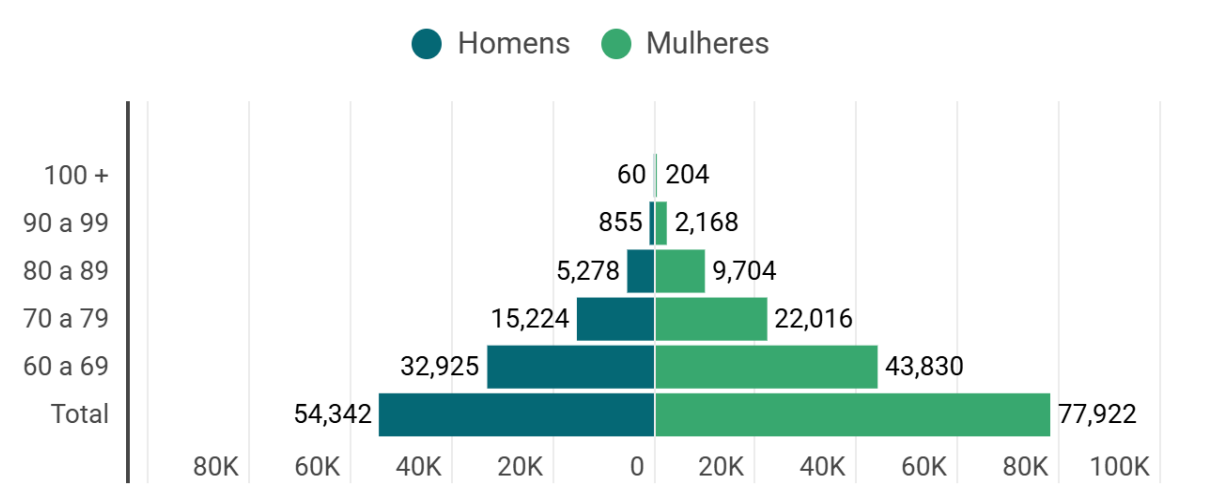
Essas resoluções fazem parte do conjunto de normas regulatórias da ANVISA que visam assegurar a qualidade, segurança e adequação dos serviços prestados pelas ILPIs, promovendo um ambiente seguro e saudável para os idosos.

Perfil da Pessoa idosa

4 Pessoas Idosas do Município de São Luís

O município de São Luís, situado no estado do Maranhão, com uma população total de 1 037 775 habitantes, apresenta 132.267 pessoas idosas, representando 12,7 % da população ludovicense. A Figura 1 ilustra a pirâmide etária de pessoas idosas e a distribuição da população idosa em São Luís por sexo, onde fica caracterizada uma população composta por mulheres idosas (77.926 correspondendo a 58,9 %), de cor parda (55,8 %) e com faixa etária predominante de 60 a 69 anos (n 76.755; 33,0 % do total de idosos), sendo 43.830 mulheres (57,1 %) e 32.925 homens (42,9 %). Além disso, a população ludovicense apresenta a taxa de analfabetismo de 12,5 %, onde pessoas idosas sem instrução ou fundamental incompleto, configuram 52,7 % e para a renda per capita é menor que 1 salário-mínimo (R\$ 1.361,00)

Figura 1 - Pirâmide etária representando a população de idosos em São Luís por sexo e faixa



Fonte: IBGE (2022b)

5 MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo transversal e descritivo, com atualização do georreferenciamento. E o estudo transversal descritivo foi para buscar informações sobre a ILPIs de São Luís, segundo dados secundários disponíveis no banco de dados do Conselho Estadual de Direito da Pessoa Idosa (CEDIMA). Esta pesquisa derivou de uma pesquisa maior intitulada: *Conhecendo as Instituições de Longa Permanência para Idosos do Estado do Maranhão*.

5.2 Período e Local do Estudo

O estudo foi realizado no período de janeiro a maio de 2025, com as informações cadastrais das ILPIs de São Luís, junto ao Conselho Estadual de Direito da Pessoa Idosa (CEDIMA). O município de São Luís é a capital do estado do Maranhão, sendo o município mais populoso do estado. Localiza-se na ilha de Upaon-Açu no Atlântico Sul, entre as baías de São Marcos e São José de Ribamar, no Golfão Maranhense (Figura 1). Sua área é de 583,063 km², com uma população estimada em 1.037.775 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de São Luís, segundo dados das Nações Unidas datados do ano 2010, é de 0,768 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

O município de São Luís totaliza 420 bairros, dos quais 232 em zona urbana (457km²) e 188 em zona rural (371km²), com uma quantidade de 434.457 prédios existentes (366.316 zona urbana / 66.277 zona rural). Sendo os bairros de maior adensamento aqueles que têm maior número de imóveis (prédios) (São Luís, 2023)

Figura 2 - Mapa da Ilha de São Luís – MA



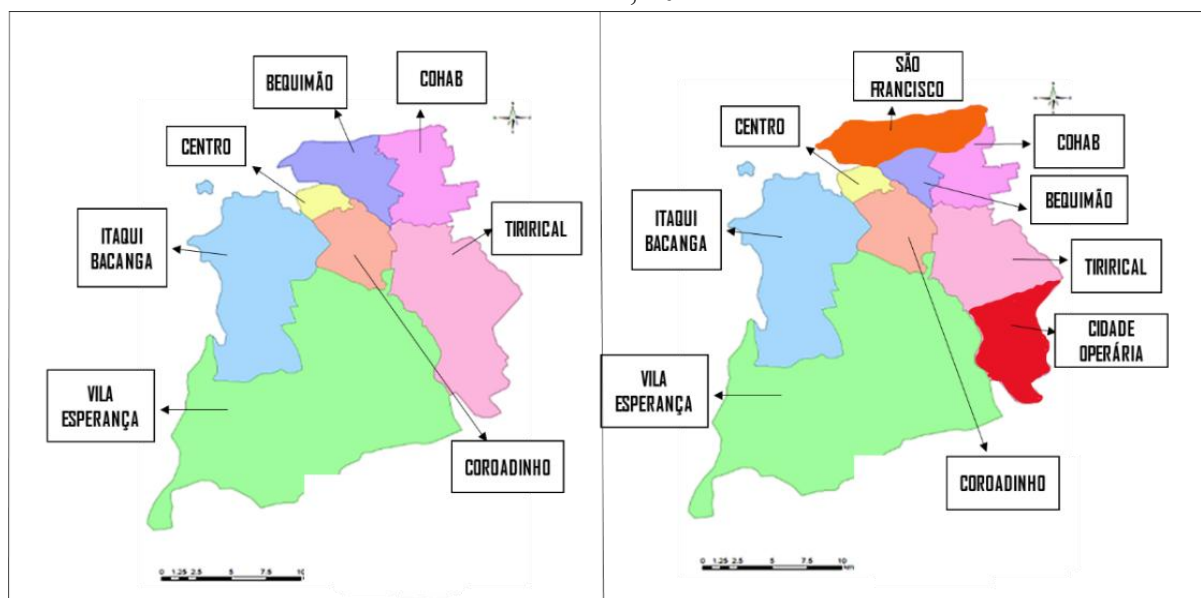
Fonte: Garcia *et al.* (2022).

De acordo com os critérios administrativos e de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), o município de São Luís, atualmente, está dividido em nove distritos sanitários: Tirirical, Vila Esperança, Cohab, Bequimão, Centro, Itaqui Bacanga, Coroadinho, Cidade Operária e São Francisco,

Os Distritos Sanitários compreendem uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais e suas necessidades, e os recursos de saúde para atendê-la. A área geográfica é definida para cada realidade e pode ser constituída por: vários bairros de um município ou vários municípios de uma região e assim facilitar as ações e distribuições dos serviços públicos, em especial, os serviços de saúde, por meio das demarcações da estratégia saúde da família (São Luís, 2016).

Antes do ano de 2021 o município de São Luís estava dividido em sete distritos sanitários, sendo: Bequimão, Centro, Cohab, Coroadinho, Itaqui Bacanga, Tirirical e Vila Esperança. Contudo, para melhor atender as necessidades da população, com a ampliação da rede de assistência em saúde, sendo reorganizado, portanto, em nove distritos sanitários, como: Bequimão, Centro, Cidade Operária, Cohab, Coroadinho, Itaqui-Bacanga, São Francisco, Tirirical e Vila Esperança (SEMUS, 2021).

Figura 3 - Mapas dos 7 Distritos Sanitários e dos 9 Distritos Sanitários do Município de São Luís-MA, 2021.



Fonte: Adaptado de São Luís (2021b).

5.3 População do Estudo

Este estudo abrangeu: Dados das ILPIs do município de São Luís, cadastradas por meio

de ficha cadastral do Conselho Estadual de Direito da Pessoa Idosa (CEDIMA). Foram excluídas todas as instituições com inconsistências ou informações incompletas nas fichas de cadastro do CEDIMA. Além das variáveis que identificam os indivíduos, resguardando a confidencialidade dos dados de identificação.

O CEDIMA, localizado na Rua 7 de setembro, nº 52, Bairro Centro, São Luís-MA, é um órgão de caráter permanente, de natureza deliberativa, normativas, paritária, fiscalizadoras, consultivas e de avaliação da política que tem por finalidade a formulação e implantação da política do idoso. Suas competências são: propor planos, programas, estudos, debates, apoiar realizações de outros órgãos e entidades; formular política de proteção integral, supervisionar o cumprimento da legislação, incentivar a Sociedade Civil e o Poder Público nas ações, regulamentar, organizar, coordenar e adotar as atividades dos conselheiros, estabelecer critérios, formas e meios de fiscalização de atos da administração, zelar pela execução da política, receber reivindicações do movimento organizado ou as denúncias e encaminhar aos órgãos competentes, emitir parecer e consultas referente a projetos, criar condições de resgate da memória do idoso, promover a participação de ações de capacitações para os conselheiros da política e expedir inscrições as instituições da sociedade civil.

5.4 Coleta de Dados e Instrumentos para Pesquisa

A coleta dos dados das ILPIs foi realizada no período de janeiro a maio de 2025, por uma equipe de acadêmicos previamente treinados para manusear o formulário de pesquisa e obter informações sobre as ILPI's, criou-se um formulário de pesquisa (Apêndice A), para melhor sistematizar os dados e baseado nos dados dispostos na ficha cadastral do CEDIMA.

Para esta pesquisa os dados coletados contemplaram: **Dados gerais das ILPIs** (Nome da instituição / endereço / natureza da instituição) dados que auxiliaram na atualização espacial e construção dos mapas e **caracterização dos residentes** (Quantidade de homens e mulheres/ Média de idade dos residentes/Grau de dependência/ Tempo de estudo dos residentes / Condição econômica / Renda média pessoal/ N° de residentes com deficiência/ N° residentes com diagnóstico médico de demência / N° de residentes com diagnóstico médico de doenças psiquiátricas em tratamento).

5.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados específico e analisados no programa *Microsoft EXCEL*®. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio

padrão (média $\pm$ DP) e as qualitativas por meio de frequências e porcentagens.

Toda a análise estatística espacial foi realizada no software *GeoDa* versão 1.10. Os mapas temáticos foram construídos no software QGIS (versão 3.2.3) para apresentação dos dados. Para o georreferenciamento das informações foi utilizada a malha digital dos bairros do município de São Luís, a partir da base cartográfica do IBGE.

5.6 Aspectos Éticos

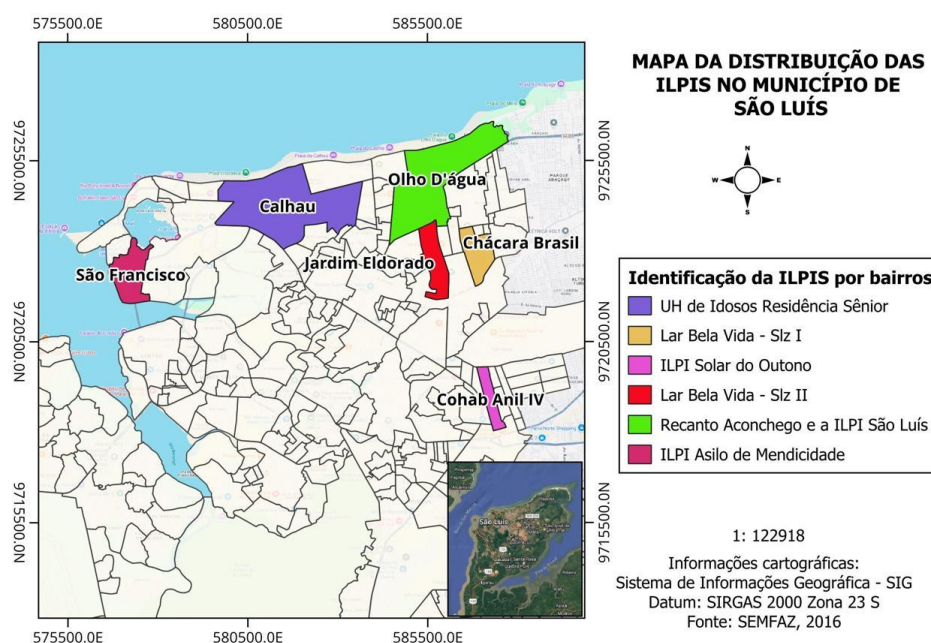
Todas as orientações da Resolução nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram respeitadas e atendidas e por se tratar de pesquisa com coleta de dados secundários sem identificação de sujeitos, ficando dispensada aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.

6 RESULTADOS

O município de São Luís está situado ao norte do estado do Maranhão, tem aproximadamente 1.032,267 habitantes, sendo 132.267 pessoas idosas, representando um quantitativo de quase 13% da população ludovicense, onde a maioria são mulheres (58,91%), com idade entre de 60 a 69 anos (33,01%), autodeclaradas de cor parda (55,8%), conforme IBGE (2022). A Figura 4 representa a análise espacial das 7 ILPIs de São Luís segundo os bairros, permitindo visualizar com mais clareza que estas localizam-se nos bairros São Francisco, Calhau, Jardim Eldorado, Olho D'água, Chácara Brasil e Cohab Anil IV.

Quando agrupamos por Distrito Sanitário de São Luís, observamos que as ILPIs Solar do Outono, Lar Bela Vida I e Recanto do Aconchego estão inseridos no Distrito Sanitário da Cohab, as ILPIs Lar do Idoso e Residência Sênior (Terças da Serra) localizam-se no Distrito Sanitário São Francisco e a ILPI Lar Bela Vida II localizada no Distrito Sanitário Bequimão.

Figura 4 - Distribuição espacial da ILPIs de São Luís, segundo bairros/logradouros, 2025.



Fonte: SEMFAZ (2016).

Atualmente, no município de São Luís, temos 7 ILPIs, onde 4 ILPIs são de natureza privadas (57,1%), 2 são públicas (28,5%) e 1 filantrópicas (14,2%), conforme demonstrado na tabela 3. Destas, somente 5 ILPIs participaram do estudo, pois estavam com dados completos no cadastro do CEDIMA.

Tabela 1 - Natureza jurídica das ILPI's do município de São Luís, 2024.

Natureza jurídica	N	%
Privada	4	57,1
Pública	2	28,5
Filantrópica não religiosa	1	14,2
Total	7	100

Fonte: CEDIMA (2024).

O levantamento de dados realizado pelo CEDIMA em 2024, referente aos perfis sociodemográfico e clínico dos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) de São Luís, totalizaram 127 pessoas idosas. Com o perfil sociodemográfico de predominância feminina (n=78; 61,4%) e idade média de 79 anos. Em relação à escolaridade, a maioria dos residentes possuía entre 1 e 4 anos de estudo (n=45; 35,4%), tendo a aposentadoria como principal fonte de renda (n=65; 67,0%).

No que tange ao perfil clínico, observou-se alta prevalência de dependência, com 45,7% das pessoas idosas classificadas com grau 2 (n=58) e 33,1% com grau 1 (n=42). Contudo, quando somamos as pessoas idosas dos graus de dependência 2 e 3 (45,7%; 18,1%) respectivamente, notamos que 63,8% dos institucionalizados demandam assistência social e de saúde. A presença de deficiências foi notada em residentes com deficiência física (n=34; 28,3%), deficiência cognitiva (n=38; 30,7%), destacando-se diagnósticos como Doença de Alzheimer (n=14; 11,0%) e com demência Fronto-Temporal (n=11; 8,7%), além de transtornos psiquiátricos, a ansiedade (n=36; 28,3%) e a depressão (n=15; 11,8%).

Nos chama atenção ainda sobre a alta prevalência de residentes com diagnóstico de doença de Alzheimer nas ILPIs Lar Bela Vida II (47,4%) e Solar do Outono (45,0%). Além disso, a maioria dos residentes com transtornos de ansiedade e depressão, nas diversas ILPIs.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos residentes das IPLIS de São Luís, CEDIMA, 2024.

Variáveis	Solar de Outono		Lar Bela Vida I		Lar Bela Vida II		Lar do idoso		Recanto do Aconchego		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo												
Homens	20	50,0	6	42,9	1	5,3	11	45,8	11	36,7	49	38,6
Mulheres	20	50,0	8	57,1	18	94,7	13	54,2	19	63,3	78	61,4
Tempo de estudo												
0 anos	16	40,0	0	0,0	0	0,0	10	41,7	0	0,0	26	20,5
1 a 4 anos	19	47,5	3	21,4	2	10,5	11	45,8	10	33,3	45	35,4
5 a 8 anos	4	10,0	4	28,6	4	21,1	3	12,5	10	33,3	25	19,7
+9 anos	1	2,5	7	50,0	13	68,4	0	0,0	10	33,3	31	24,4
Fonte de renda												
Aposentados	6	15,0	12	85,7	15	78,9	2	8,3	30	100	65	51,2
Pensionista	2	5,0	0	0,0	3	15,8	0	0,0	0	0,0	5	3,9
BPC	30	75,0	0	0,0	0	0,0	22	91,7	0	0,0	52	40,9
Apos. + Pensão	0	0,0	2	14,3	1	5,3	0	0,0	0	0,0	3	2,4
Renda média pessoal												
0 a ½ salário	2	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,6
1 salário	38	95,0	0	0,0	0	0,0	24	100	5	16,7	67	52,8
2 a 4 salários	0	0,0	11	78,6	8	42,1	0	0,0	10	33,3	29	22,8
5+ salários	0	0,0	3	21,4	11	57,9	0	0,0	15	50,0	29	22,8
Grau de dependência												
Grau 1	9	22,5	5	35,7	13	68,4	3	12,5	12	40,0	42	33,1
Grau 2	21	52,5	6	42,9	4	21,1	18	75,0	9	30,0	58	45,7
Grau 3	10	25,0	3	21,4	2	10,5	3	12,5	5	16,7	23	18,1
Residentes com deficiência.												
Física	34	85,0	2	14,3	0	0,0	21	87,5	6	20,0	63	49,3
Auditiva	2	5,0	0	0,0	0	0,0	24	100	4	13,3	30	23,6
Visual	1	2,5	1	7,1	0	0,0	14	58,3	3	10,0	19	15,0
Cognitiva	38	95,0	1	7,1	0	0,0	24	100	15	50,0	78	61,4
Diag. de demência												
Alzheimer	18	45,0	3	21,4	9	47,4	2	8,3	7	23,3	39	30,7
Fronto temporal	5	12,5	1	7,1	0	0,0	0	0,0	5	16,7	11	8,7
Lewy	5	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	3,9
TCL	5	12,5	2	14,3	4	21,1	8	33,3	10	33,3	29	16,5
Vascular	5	12,5	0	0,0	0	0,0	3	12,5	5	16,7	13	10,2
Parkinson	0	0,0	1	7,1	2	10,5	2	8,3	1	3,3	6	3,1
Diag. psiquiátrico												
Depressão	6	15,0	3	21,4	2	10,5	2	8,3	2	8,3	15	11,8
Ansiedade	1	2,5	3	21,4	2	10,5	24	100	6	20,0	36	28,3
Bipolar	0	0,0	0	0,0	1	5,3	2	8,3	2	6,7	5	3,9
Esquizofrenia	1	2,5	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,6
Outros	1	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0	4	3,1

Fonte: CEDIMA, 2024.

7 DISCUSSÃO

O envelhecimento da população brasileira representa uma das mais significativas transições demográficas da história do país, um processo que, embora compartilhe características com o cenário global, possui a particularidade de ocorrer de forma acelerada e em um contexto de persistentes desigualdades socioeconômicas (Mrejen, Nunes e Giacomini, 2023).

Nas ILPIs do município de São Luís, residem em média 127 pessoas idosas, distribuídas nos bairros Olho D'água, Chácara Brasil, Cohab Anil do DS Cohab, Calhau e São Francisco do DS São Francisco e Jardim Eldorado do DS Bequimão, que teoricamente apresentam um perfil socio sanitário satisfatório para uma melhor assistência e desenvolvimento de serviços e acesso a produtos aos seus residentes, quando comparados com os DS Cidade Operária, Coroadinho e Vila Esperança que apresentam condições socio sanitárias desfavoráveis (Martins, 2017; Silva, 2018).

No que concerne a natureza jurídica das ILPIs, a pesquisa nos aponta uma relação, em que 4 são privadas, 2 públicas e uma 1 filantrópica, que segundo a pesquisa IPEA 2008, diverge de outros estados do Nordeste, em que a grande maioria são de natureza filantrópica, a exemplo de Alagoas que 87% são dessa natureza, as privadas constituem 28,2% do total e apenas 6,6% das instituições brasileiras são públicas ou mistas, predominando as de esfera municipal (Caramano, 2008).

Há um fator histórico para esse percentual, a institucionalização da velhice começou como uma prática assistencial, da implantação da caridade cristã para atender a pobreza individual e familiar, os asilos, como eram conhecidos, virou sinônimo de instituição para idosos pobres (Christophe e Camarano, 2010), atualmente essa prevalência é justificada pois estas ILPIs têm redução ou são isentas de impostos, o que gerará menor custo mensal por residente (Carvalho, 2014).

A caracterização sociodemográfica dos residentes das ILPIs em São Luís revela um perfil que espelha as desigualdades estruturais do país. A maioria feminina (61,4 %) e a idade média avançada de 79 anos estão em plena sintonia com a tendência demográfica nacional da feminização da velhice, um padrão consolidado pelo Censo 2022 (IBGE, 2023). Este fenômeno, como discutido por Alcântara *et al.* (2019), é particularmente acentuado no ambiente institucional, onde a maior longevidade feminina se combina com uma maior prevalência de doenças crônicas e viuvez, resultando em uma maior necessidade de cuidados formais.

A comparação com os dados estaduais de Rodrigues e Santos (2024), que apontam uma

maioria masculina no conjunto das ILPIs maranhenses, exceto na macrorregião da capital, é um achado instigante do Ceará. Sugere que, enquanto São Luís segue um padrão metropolitano similar a outras capitais, outros municípios do Maranhão podem apresentar uma dinâmica de institucionalização distinta, possivelmente ligada a fatores como o perfil do trabalho, a migração e os arranjos familiares em áreas rurais, que merecem investigações aprofundadas.

O baixo nível de escolaridade e a dependência de benefícios sociais são indicadores robustos da vulnerabilidade socioeconômica que precede a institucionalização. Este perfil é consistente com o panorama nacional traçado por Camarano e Barbosa (2016), que identificam as ILPIs, sobretudo as filantrópicas, como a principal rede de segurança para idosos em situação de pobreza. As causas que levam a essa institucionalização, pois a violência e a insuficiência familiar (Teixeira e Cavalcante, 2024), não são eventos isolados, mas o clímax de uma vida de carências e fragilização de vínculos.

O perfil de saúde dos residentes institucionalizados em São Luís confirma o caráter híbrido dessas instituições, que atuam na fronteira entre o assistencial e de saúde. A presença de multimorbidades e o uso de polifarmácia em 100% da amostra, juntamente com a alta prevalência de dependência funcional (63,8% nos graus 2 e 3), demonstram que essas instituições são, na prática, unidades de cuidados geriátricos. A significativa prevalência de síndromes demenciais, como Doença de Alzheimer (30,7%) e Demência Fronto-Temporal (8,7%), além de transtornos psiquiátricos, como ansiedade (28,3%), é um dos achados mais relevantes deste estudo.

Ele dialoga diretamente com os resultados de Siqueira (2020), que encontrou uma prevalência de demência de quase 50% de pessoas idosas institucionalizadas em ILPIs no Sul do país, e com os de Chaves *et al.* (2024), que, ao observar o alto consumo de psicotrópicos, sugeriram a medicalização como resposta ao sofrimento psíquico. Juntos, esses estudos constroem um argumento sólido de que as ILPIs se tornaram, por via indireta, os principais centros de cuidado para idosos com demência no Brasil, uma função para a qual a maioria não está estruturada, equipada ou financiada.

A análise detalhada da Tabela 2 revela nuances importantes: a prevalência de Alzheimer chega a 45,0% na ILPI Solar de Outono e 47,4% na Lar Bela Vida II, indicando que algumas instituições podem estar se especializando informalmente no cuidado de alta complexidade cognitiva, um reflexo da crescente demanda por cuidados demenciais que recai sobre as ILPIs na ausência de outras alternativas no sistema de saúde (Siqueira, 2020; Mrejen, Nunes e Giacomini, 2023). Da mesma forma, a presença de Transtorno Cognitivo Leve (TCL) em 16,5% do total de residentes, com um pico de 21,1% na Lar Bela Vida II, sinaliza uma grande demanda

por ações de prevenção e monitoramento do declínio cognitivo, evidenciando uma lacuna no modelo de cuidado que raramente atua de forma proativa (Mrejen, Nunes & Giacomini, 2023).

A prevalência de ansiedade (28,3% no total) também mostra uma distribuição desigual, com picos de 21,4% em duas instituições, mas um dado notável é o do Lar do Idoso, onde 100% dos residentes apresentam diagnóstico de ansiedade. Este último achado, em particular, levanta questionamentos sobre as condições do ambiente institucional e o processo de adaptação dos residentes (Alcântara *et al.*, 2019), bem como sobre o perfil de vulnerabilidade e os históricos de vida que precedem a internação, que frequentemente envolvem situações de estresse e violência (Teixeira e Cavalcante, 2024), merecendo uma investigação aprofundada.

Sobre a análise da rede de ILPIs em São Luís evidenciamos um problema de oferta e de equidade. As sete instituições identificadas na capital, com um predomínio de entidades privadas (50%), representam uma cobertura limitada e de acesso restrito. Este dado é ainda mais crítico quando comparado ao estudo de Rodrigues; Santos (2024), que mapeou apenas 22 ILPIs para todo o Maranhão, a maioria de natureza filantrópica.

A distribuição geográfica dessas instituições na capital, concentrada em distritos com melhores indicadores sociais e de infraestrutura, e sua ausência em áreas de maior vulnerabilidade, como Coroadinho e Vila Esperança (cujos dados de saneamento precário são descritos por Silva, 2015), revela uma falha no planejamento territorial. A população que mais necessita do serviço é a que enfrenta as maiores barreiras, financeiras e geográficas, para acessá-lo. Esta distribuição desigual não é uma coincidência, nos faz pensar que é o reflexo de um modelo de desenvolvimento urbano que aprofunda as desigualdades e deixa as populações mais pobres à margem dos serviços essenciais.

É importante considerar algumas limitações deste estudo. O delineamento transversal não permite estabelecer relações de causalidade, apenas descrever associações entre as variáveis. A pesquisa baseou-se em dados secundários provenientes do cadastro do CEDIMA, e a qualidade da análise está condicionada à precisão e completude desses registros originais; de fato, inconsistências levaram à exclusão de algumas instituições da análise detalhada. A amostra, embora representativa das instituições participantes, está circunscrita ao município de São Luís, e seus resultados devem ser generalizados com cautela para o restante do estado do Maranhão, dadas as heterogeneidades regionais. Por fim, a ausência de um grupo de comparação com idosos vivendo na comunidade limita a capacidade de inferir os efeitos específicos da institucionalização sobre a saúde e o bem-estar.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho realizou uma caracterização abrangente das Instituições de Longa Permanência para Idosos e de seus residentes no município de São Luís, concluindo que o perfil da população institucionalizada é de extrema vulnerabilidade social e alta complexidade clínica. Os resultados evidenciam uma população majoritariamente feminina, com idade avançada, baixos níveis de escolaridade e renda, e um quadro de saúde marcado pela dependência funcional e pela elevada prevalência de doenças crônicas e síndromes demenciais. Tais achados posicionam as ILPIs como equipamentos essenciais de saúde, cuja demanda transcende a esfera da assistência social.

A análise da rede de acolhimento revelou uma oferta insuficiente de vagas, com uma distribuição geográfica desigual que concentra os serviços em áreas de menor vulnerabilidade, e um predomínio de instituições privadas e filantrópicas que aponta para barreiras de acesso e para a limitada atuação do poder público na provisão direta deste cuidado. Este cenário de oferta restrita e perfil de demanda complexo evidencia a urgência de se desenvolver políticas públicas intersetoriais, que integrem saúde, assistência social e planejamento urbano para responder de forma adequada aos desafios impostos pelo envelhecimento populacional no Maranhão.

A principal contribuição deste estudo é fornecer um diagnóstico social e clínico detalhado dos residentes, que, ao dialogar com a literatura nacional, reforça a necessidade de um novo olhar sobre as ILPIs, reconhecendo-as como componentes estratégicos da rede de cuidados de longa duração. Espera-se que os dados aqui apresentados subsidiem gestores públicos, profissionais e a sociedade civil na formulação de estratégias para o fortalecimento e a qualificação da rede de acolhimento, visando garantir que o envelhecimento em São Luís possa ocorrer com dignidade, segurança e acesso a cuidados de qualidade.

Para futuras investigações, recomenda-se a realização de estudos de caráter longitudinal, que possam acompanhar a evolução das condições de saúde dos idosos após a institucionalização, e pesquisas qualitativas, que explorem a percepção dos próprios residentes, seus familiares e dos profissionais sobre a qualidade do cuidado e de vida no ambiente institucional. Aprofundar a análise sobre as diferenças regionais entre a capital e o interior do estado também se mostra um caminho fértil para a compreensão completa do fenômeno no Maranhão.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, A. de O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em: <https://sbogg.org.br/wp-content/uploads/2016/10/Pol%C3%ADtica-Nacional-do-Idoso-velhas-e-novas-quest%C3%B5es-IPEA.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2024.
- ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. Campinas: Alínea; 2004.
- ANDRADE, S. C. V. *et al.* Perfil de saúde dos idosos assistidos pelo Programa Acompanhante de Idosos na Rede de Atenção à Saúde do Município de São Paulo. **Einstein**, São Paulo, v. 18, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/GSf85SxYgT6QpdSPWwJzrjP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2024.
- BORN, T. Cuidado ao idoso em instituição. *In*: PAPALÉO NETO, M. *et al.* (org.). **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 403-13.
- BORN, T.; BOECHAT, N. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. *In*: FREITAS, E. V. *et al.* (org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 10 nov. 2024.
- BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011a. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=7508&ano=2011&ato=16fgXUE9UMVpWT875#:~:text=REGULAMENTA%20A%20LEI%20N%208.080,INTERFEDERATIVA%2C%20E%20DÁ%20OUTRAS%20PROVIDÊNCIAS>. Acesso em: 7 dez. 2024.
- BRASIL. Defensoria Pública da União. **Grupo de Trabalho divulga relatório de visita aos Lares de Idosos no Maranhão e Piauí**. Brasília, DF: DPU, 2021a. Disponível em: <https://direitoshumanos.dpu.def.br/grupo-de-trabalho-divulga-relatorio-de-visita-aos-lares-de-idosos-no-maranhao-e-piaui/>. Acesso em: 8 dez. 2024.
- BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10/741.htm. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. **Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011.** Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, DF: Presidência da República, 2011b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112435.htm. Acesso em: 8 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Previdência E Assistência Social. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Previdência E Assistência Social, 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 8 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução 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, 2021b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf. Acesso em: 7 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).** Brasília, DF: Anvisa, 7 mar. 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/saloes-tatuagens-creches/instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos>. Acesso em: 11 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC).** Brasília, DF: Anvisa, 2024b. Disponível em: https://anvisa.gov.br/datalegis/net/action/ActionDatalegis.php?acao=apresentacao&cod_menu=9434&cod_modulo=310. Acesso em: 9 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 8 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 8 jun. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009.** Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 225, p. 82, 25 nov. 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_cnas_n109_%202009.pdf. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social. **Ações e programas:** Sistema Único de Assistência Social-SUAS. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, 22 nov. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas>. Acesso em: 11 jun. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004:** Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. Serviços e Informações do Brasil. Rede de Assistência Social. **Centro-Dia.** Brasília, DF: 18 ago. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-centro-dia>. Acesso em: 16 ago. 2024.

CAMARANO, A. A. (coord.). **Características das instituições de longa permanência para idosos:** região Nordeste. Brasília, DF: Ipea/Presidência da República, 2008.

CAMARANO, A. A. A institucionalização da velhice no Brasil: a história das casas de repouso e asilos. In: CAMARANO, A. A. (org.). **A velhice e o envelhecimento no Brasil.** Rio de Janeiro: Ipea, 2007.

CAMARANO, A. A. *et al.* As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 233-235, 2010.

CAMARANO, A. A.; BARBOSA, P. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: do que se está falando? In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (ed.). **Política Nacional do Idosos:** velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 479-514.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CARVALHO, M. do C. B. de. Assistência social: reflexões sobre a política e sua regulação. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 87, 2006.

CARVALHO, V. L. de. Perfil das instituições de longa permanência para idosos situadas em uma capital do Nordeste. **Cadernos Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 184-191, 2014.

CHAVES, K. S. et al. Demências em uma instituição de longa permanência para pessoas idosas. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 12, n. 3, e7935, jul./set. 2024

CHRISTOPHE, F.; CAMARANO, A. A. História e evolução da institucionalização da velhice. *In: A velhice no Brasil: Desafios e oportunidades*. Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CHRISTOPHE, M.; CAMARANO, A. A. Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos. *In: CAMARANO, A. A. (org.). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

COSTA, E. F. de A. **Análise de soroprevalência para as infecções pelos vírus das hepatites B e C em idosos residentes em asilos no município de Goiânia-GO**. 2004. 122 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical e Saúde Pública) – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2004.

DISTRITO FEDERAL, 2019. **República para Idosos: um novo modelo de acolhimento**. Brasília: Secretaria de Desenvolvimento Social, 2019.

DIAS, C. M.; CARVALHO, D. M.; ARAÚJO, A. F. Características socioeconômicas dos idosos residentes em instituições de longa permanência. *In: CAMARANO, A. A. (Org.). Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?*. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. p. 345-368

FERREIRA, L. M. B. M. et al. Quedas recorrentes e fatores de risco em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 67-75, 2019.

GIACOMIN, K. C. **Envelhecimento da população brasileira: projeções da demanda e dos custos de instituições de longa permanência para idosos**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022. (Textos para Discussão, 91). Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/td-91-envelhecimento-da-populacao-brasileira-projecoes-da-demanda-e-dos-custos-de-instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos/>. Acesso em: 10 set. 2024.

GUIMARÃES, L. A. *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3275-3282, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vnhG5gXKdfhksbLF7hqYFYw/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil: Maranhão: panorama**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/panorama>. Acesso em: 7 dez. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022: panorama**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022b. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 7 dez. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE divulga rendimento domiciliar per capita 2023 para Brasil e unidades da federação. **Agência IBGE de Notícias**, Rio de Janeiro, 28 fev. 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/39262-ibge-divulga-rendimento-domiciliar-per-capita-2023-para-brasil-e-unidades-da-federacao>. Acesso em: 7 dez. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: Brasil: Maranhão. Rio de Janeiro: IBGE, 2023a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/pesquisa/10070/64506>. Acesso em: 7 dez. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Três novos índices mostram queda da pobreza e da vulnerabilidade entre 2008-2009 e 2017-2018. **Agência IBGE de Notícias**, Rio de Janeiro, 25 ago. 2023b. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/39262-ibge-divulga-rendimento-domiciliar-per-capita-2023-para-brasil-e-unidades-da-federacao>. Acesso em: 7 dez. 2024.

INSTITUTO TRATA BRASIL, 2015. **Indicadores de saneamento básico: dados dos distritos sanitários de São Luís/MA**. São Paulo: Instituto Trata Brasil, 2025.

LIMA, R. de A.; SARDINHA, A. H. de L. **Mapeamento da Rede de Atenção à Pessoa Idosa**: guia de informações úteis. São Luís: Edufma, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/937/1/Mapeamento%20da%20Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Pessoa%20Idosa.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2024.

MACHADO, J. A. et al. Avanços e desafios das políticas públicas para a pessoa idosa no Brasil: uma análise das ILPI. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, e00123419, 2020.

MARANHÃO. Governo do Estado. Boletim Social do Maranhão analisa a população maranhense no Censo 2022. **Agência de Notícias**, São Luís, 30 abr. 2024. Disponível em: <https://www.ma.gov.br/noticias/boletim-social-do-maranhao-analisa-a-populacao-maranhense-no-censo-2022>. Acesso em: 10 nov. 2024.

MARANHÃO. Ministério Público do Estado. **Informações práticas sobre acolhimento para pessoas idosas**. São Luís: MPMA 2023. Disponível em: <https://www.mpma.mp.br/wp-content/uploads/2023/07/Informacoes-praticas-sobre-acolhimento-para-pessoas-idosas-1.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2024.

MARTINS, Thayse Silva. **Mapeamento da rede de atenção à pessoa idosa no distrito sanitário Cohab do município de São Luís MA**. 2017. 58 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

MEDIANEIRA. Prefeitura de Municipal. Secretaria Municipal de Assistência Social. **Protocolo para acolhimento institucional de idosos na cidade de Medianeira - PR.** Medianeira: Secretaria Municipal de Assistência Social, [2022].

OLIVEIRA, J. M. de. **Condições de vida e de saúde de pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência cadastradas no Sistema Único de Assistência Social brasileiro.** 2024. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2024.

PERNAMBUCO. Secretaria de Assistência Social, Combate à Fome e Políticas sobre Drogas. **Sistema Único de Assistência Social (SUAS).** Recife: SAS, 2024. Disponível em: <https://www.sas.pe.gov.br/suas/assistencia-social/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

PIPPI, G. de A. *et al.* Caracterização dos casos de violência contra idosos no município de Santa Maria. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 9-31, 2020. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/73381/64334>. Acesso em: 7 dez. 2024.

RODRIGUES, C. L. G. *et al.* Violência contra pessoa idosa: uma análise da produção científica. **Caderno Discente**, Recife, v. 8, n. 2, p. 31-47, 2023. Disponível em: <https://revistas.esuda.edu.br/index.php/Discente/article/view/864/363>. Acesso em: 15 out. 2023.

ROSA, R. S.; CAPPELLARI, M. G.; URBANETTO, J. de S. Perfil de idosos institucionalizados em município do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, e20180327, 2019.

SANTOS, A. M. R. *et al.* Economic-financial and patrimonial elder abuse: a documentary study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, e03417, 2019.

SIQUEIRA, M. de O. **Prevalência de demência e fatores associados em idosos institucionalizados.** 2020. 97 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2020

SILVA, L. M.; HONORATO, L. G. F. A atuação do assistente social frente às demandas do idoso institucionalizado: revisão integrativa de literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 8, n. 12, p. 282-296, 2022.

SILVA, R. R. Contrarreforma do Estado, gerencialismo e política de assistência social no Brasil. **Temporalis**, Vitória, v. 20, n. 39, p. 27-42, 2020.

SILVA, Jennifer Nayara Costa da. **Mapeamento da Rede de Atenção à Pessoa Idosa no Distrito Sanitário do Bequimão do Município de São Luís-MA.** 2018. 57 p. Monografia

(Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

TEIXEIRA, L. D. S. F.; CAVALCANTE, F. V. Causas da institucionalização de idosos/as em ILPI no estado do Maranhão. **Revista Foco**, v. 17, n. 8, e5719, p. 01-23, 2024.

VERAS, 2009. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 347–359, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/SNKg5YHr9SkxD9qzyqbrKCy/>. Acesso em: 15 out. 2023.

WATANABE, H. A. W. et al. Idosos em instituições de longa permanência no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 57, 2020.

ANEXO

ANEXO A – DECLARAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DO IDOSO



Ofício nº 53/CMDI/2024

São Luís, 03 de junho de 2024.

Ao Senhor
Prof. Dr. Rafael de Abreu Lima
 Departamento de Enfermagem - CCBS
 Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Assunto: Apoio ao Projeto de Pesquisa "Conhecendo as Instituições de Longa Permanência para Idosos do Estado do Maranhão"

Prof. Dr. Rafael de Abreu Lima,

Cumprimentado-o cordialmente, este Conselho Municipal dos Direitos do Idoso de São Luís, no uso de suas atribuições e como membro integrante da Rede de Defesa e Proteção dos Direitos da Pessoa Idosa do Maranhão e de São Luís (RENADI/SL/MA), vem por meio deste, manifestar apoio e anuência ao Projeto de Pesquisa "Conhecendo as Instituições de Longa Permanência para Idosos do Estado do Maranhão" de vossa autoria.

Destarte, nos colocamos à disposição para o fomento de tal iniciativa ou em parceria no que for possível e pertinente, pois o desenvolvimento de tal pesquisa é crucial para identificação de dados que possam direcionar as Políticas Públicas atinentes à Pessoa Idosa em nossa capital.

Oportunamente, renovamos nossos votos de que a pesquisa seja bem sucedida e protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Documento assinado digitalmente
 **DEBORAH LOPES JATAHY**
 Data: 02/06/2025 13:34:32 -0300
 Verifique em <https://validar.jf.gov.br/>

Deborah Lopes Jatahy
 Presidente do CMDI

Art. 10. É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis. (Estatuto do Idoso)

Av. São Luís Rei de França, 456 – Turu – CEP 65.067.430 – São Luís – MA
 Celular/WhatsApp: (98) 99207-3126 (vivo) / E-mail: cmdi.slz1995@gmail.com / Instagram: cmdislz

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DOS DIREITOS HUMANOS E PARTICIPAÇÃO POPULAR – SEDIHPOP

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Eu, **Glécio Sandro Leite da Silva**, Presidente do Conselho Estadual do Idoso do Maranhão - CEDIMA, **declaro anuência** aos termos do Projeto “Conhecendo as Instituições de Longa Permanência para Idosos do Estado do Maranhão”, bem como comprometendo-me a apoiar com o consentimento ao Professor Rafael de Abreu Lima, Coordenador do Projeto de Pesquisa do Departamento de Enfermagem/CCBS/UFMA e demais pesquisadores para a realização da pesquisa de que trata o presente projeto, ciente de que as despesas com material, constante no orçamento apresentado será de responsabilidade dos pesquisadores.

São Luís, 15 de abril de 2024

Documento assinado digitalmente
GLÉCIO SANDRO LEITE DA SILVA
Data: 15/04/2024 13:43:26-0300
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

GLÉCIO SANDRO LEITE DA SILVA
Presidente do CEDIMA

APÊNDICES

APÊNDICE A – INFORMAÇÕES SOBRE AS INSTITUIÇÕES MARANHENSES

ILPIs DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS		
INSTITUIÇÃO	ENDEREÇO	DATA DE FUNDAÇÃO
ILPI Solar do Outono	Av. Dr. Juvêncio Matos, 126 - Cohab Anil IV	10/10/1979
ILPI	Avenida Paulista, n.º 100, Olho D'água	28/03/1984
Lar Bela Vida SLZ I	Rua São Luís, n.º 38, Chácara Brasil CEP: 65066-434	02/08/2019
Lar Bela Vida SLZ II	Rua Coronel Paiva, 12, quadra 10. Jardim Eldorado.	04/10/2021
Recanto Aconchego	Av. Ivar Saldanha, 119, Conj. Res. Araras, olho d'água CEP: 65068-480	11/03/2020
Hospedagem para Idosos Terça da Terra Residência Sênior	Rua dos Caiapós, R. dos Guajurus, 8 - Calhau, São Luís - MA, 65071-720	22/12/2022
ILPI Asilo de Mendicidade	Rua das Paparaúbas, 16 - Jardim São Francisco	21/04/1919
ILPI Casa São Vicente de Paula	Rua São Vicente de Paulo, n.º 77 – João Paulo	07/11/1977

APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE PESQUISA

Q	INFORMAÇÕES SOBRE A INSTITUIÇÃO
01	Nome da Instituição:
02	Endereço:
03	Data de Fundação:
04	Tempo de funcionamento:
05	Natureza da Instituição: () Pública () Privada () Filantrópica religiosa () Filantrópica não religiosa () Mista
06	Capacidade total de acolhimento:
07	Quantidade de acolhidos na data de preenchimento do questionário:
CARACTERIZAÇÃO DOS RESIDENTES	
08	Quantidade de Homens: Quantidade de Mulheres:
09	Idade Média dos Residentes:
10	Grau de Dependência: () N° Independentes () N° Semidependentes () N° Dependentes
11	Tempo Estudo dos Residentes: () 0 anos () 1 a 4 anos () 5 a 8 anos () + 9 anos
12	Condição Econômica: () N° Aposentados () N° Pensionistas () N° BPC () N° Aposent + Pensão
13	Renda Média Pessoal: () 0 a ½ salário () 1 salário () 2 a 4 salários () + 5 salários
14	N° de Residente com Deficiência: () Física () Auditiva () Visual () Mental/Cognitiva () Outras
15	N° de Residentes com Diagnóstico Médico de Demência: () Alzheimer () Frontotemporal () Lewy () Transtorno Cognitivo Leve () Vascular () Parkinson
16	N° de Residentes com Diagnóstico Médico de Doenças Psiquiátrica em Tratamento: () Depressão () Ansiedade () Bipolar () Esquizofrenia () Outros
INFRAESTRUTURA	
17	Área total (m²) da ILPI:
18	Área Construída (m²) da ILPI:
19	N° total de cômodos:
20	Espaços da ILPI: () Refeitório () Sala de Estar/TV () Sala Ecumênica/Capela () Jardim/Pátio/Quintal

	☐ Piscina ☐ Biblioteca/Sala de Leitura ☐ Sala de Jogos ☐ Sala de fisioterapia/ginástica ☐ Sala de Terapias ☐ Sala Vestiário Funcionários ☐ Lavanderia ☐ Consultório médico ☐ Consultório dentário ☐ Posto de enfermagem ☐ Enfermaria ☐ Sala do Serviço Social ☐ Banheiros ☐ Sala da direção ☐ Salas administrativas ☐ Farmácia ☐ Almoxarifado ☐ Outros:
21	Nº de Quartos:
22	Nº de Leitos por quarto: ☐ 1 leito ☐ 2 leitos ☐ 3 leitos ☐ 4 leitos ☐ + 5 leitos
23	Nº Total de Banheiros para Residentes:
SERVIÇOS OFERECIDOS	
24	Tipos de Serviços Oferecidos: ☐ Médico ☐ Dentista ☐ Psicológico ☐ Fonoaudiólogo ☐ Fisioterapia ☐ Terapeuta Ocupacional ☐ Ed. Físico ☐ Enfermagem ☐ Farmácia ☐ Nutrição ☐ Atividades educacionais ☐ Arteterapia ☐ Assist. Social ☐ Outros
25	Tipos de Atividades Oferecidas: ☐ Festas comemorativas/ bailes ☐ Passeios ☐ Jogos ☐ Bazares ☐ Atividades religiosas ☐ Arteterapia ☐ Danças, músicas, teatros ☐ Banhos em Praias/Rios ☐ Outros
26	Rede de Assistência de Saúde: ☐ SUS ☐ Particular ☐ Rede da Própria Instituição ☐ Outros
27	Nº de Profissionais Vinculados a Instituição: ☐ Médico ☐ Dentista ☐ Psicólogo ☐ Fonoaudiólogo ☐ Fisioterapeuta ☐ Terapeuta Ocupacional ☐ Ed. Físico ☐ Enfermeiro ☐ Téc. Enfermagem ☐ Cuid. Idosos ☐ Assist. Social ☐ Arte terapeuta ☐ Cozinheiro ☐ Faxineiro / Zelador ☐ Vigia/Porteiro ☐ Lavadeira / passadeira ☐ Padioleiros ☐ Outros
28	Quantidade de Profissionais por Vínculo: ☐ Contratados ☐ Cargo Comissionado ☐ Voluntários ☐ Efetivos ☐ Cedidos ☐ Voluntários ☐ Estagiários ☐ Outros