

**UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM BIOÉTICA**

APARECIDA MARIA MENDES

**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA
PARA IDOSOS NUMA VISÃO BIOÉTICA**

Pouso Alegre - MG

2019

APARECIDA MARIA MENDES

**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA
PARA IDOSOS NUMA VISÃO BIOÉTICA**

Dissertação apresentada para o Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade do Vale do Sapucaí, para obtenção do título de mestra em Bioética.

Área de concentração: Bioética, Os Ciclos da Vida e Saúde
Orientador: Prof. Dr. Marcos Mesquita Filho

Pouso Alegre - MG

2019

Mendes, Aparecida Maria.

Instituições de longa permanência para idosos numa visão
Bioética / Aparecida Maria Mendes. – Pouso Alegre: Univás,
2019.

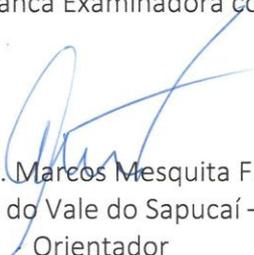
110f.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em
Bioética da Universidade do Vale do Sapucaí, Univás, 2019.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Mesquita Filho

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

Certificamos que a dissertação intitulada "INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NUMA VISÃO BIOÉTICA" foi defendida, em 30 de julho de 2019, por Aparecida Maria Mendes, aluna regularmente matriculada no Mestrado em Bioética, sob o Registro Acadêmico nº 86000014, e aprovada pela Banca Examinadora composta por:



Prof. Dr. Marcos Mesquita Filho
Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS
Orientador



Profa. Dra. Camila Claudiano Quina Pereira
Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS
Examinadora



Profa. Dra. Mirian dos Santos
Doutora pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP
Examinadora

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE SE NO ORIGINAL

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - PROPPES

Av. Prof. Tuany Toledo, 470 – Fátima I – Pouso Alegre/MG – CEP: 37554-210 – Fones: (35) 3449-9231 e 3449-9248

Dedico este trabalho a todos os idosos...

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade de aprender mais.

Aos meus filhos MARCELO/CLARICE (nora) e FAUSTO/DAIANE (nora) pelo incentivo e apoio. MARCELO e CLARICE pela correção do texto, e IVES FERRARI, meu cunhado favorito, pela tradução, vocês foram meu suporte neste estudo.

Ao orientador, Prof. Dr. MARCOS MESQUITA FILHO, pela amizade, paciência, confiança, mas, acima de tudo pelos ensinamentos.

Ao Coordenador do Mestrado Prof. Dr. JOSÉ VITOR DA SILVA, e a todos os professores do Mestrado de Bioética, pelos momentos de saberes, reflexões e, principalmente, pelas relações de amizade.

À querida amiga IZAURA MARIANA SOBREIRO pela motivação e o incentivo para que o mestrado acontecesse, muito obrigada pela companhia, amizade e companheirismo.

À Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS, pela ousadia de oferecer o Mestrado em Bioética.

Às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) que tão prontamente participaram da minha pesquisa, vocês foram essenciais para o desenvolvimento do meu estudo.

Aos funcionários da secretaria da pós graduação, da informática, da biblioteca, do xerox, da cantina e da portaria, enfim todos que me acolheram e foram meus companheiros nesta jornada, muito obrigada pelo carinho.

Aos colegas da Bioética, novos amigos, pelas conversas e os bons momentos. Saudades!!

Entender a velhice e aprender a valorizá-la implica também no conhecimento de determinados valores éticos e morais que são fundamentais para sua compreensão e, sobretudo, para com o trato com o idoso, considerando principalmente que no mundo atual muitas conquistas da intervenção científica abriram ao homem novas possibilidades de intervenção, inclusive em sua própria vida, exigindo assim uma avaliação ética destas intervenções para que o homem seja sempre respeitado em sua dignidade, em seu valor de fim e não de meio.

Maria Auxiliadora Cursino Ferrari

RESUMO

INTRODUÇÃO: Com o envelhecimento populacional, e também da própria população idosa, a necessidade de garantir os cuidados necessários aos idosos fez das instituições de caráter asilar uma alternativa de cuidados. A institucionalização ainda é um assunto delicado, mas é esperado o aumento da demanda por este serviço. A bioética da proteção apresenta ferramentas para entender os conflitos gerados com o envelhecimento na família, nas instituições asilares e na sociedade, trazendo para reflexão o cuidado que é oferecido a esta população e o papel do Estado em garantir o direito a uma vida digna.

OBJETIVO: Avaliar as Instituições de Longa Permanência para Idosos no sul de Minas, sua adequação às normas que regulam a atividade para prover uma vida digna aos seus moradores, numa perspectiva da Bioética da Proteção. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal, analítico e exploratório, com abordagem quantitativa. Pesquisa realizada em 36 instituições asilares na área da Superintendência Regional de Saúde de Pouso Alegre/MG. O instrumento utilizado foi o Roteiro para Inspeção Sanitária em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). A análise descritiva foi realizada apresentando resultados por meio de proporções e para as quantitativas as medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão, amplitude).

RESULTADOS: A análise dos dados permitiu observar que 100% das instituições estão com alvará sanitário vigente. Em relação aos recursos humanos somente 30,6% apresentaram cuidadores de idosos conforme o preconizado pela RDC 283/05. A reabilitação destes idosos é realizada em 91,7% pelo SUS, 30,6% tem atendimento de fisioterapia na instituição. Buscam o atendimento asilar em 91,7% por não dispor de uma pessoa para cuidar, e 88,9% das instituições realizam uma visita à família do idoso antes da sua admissão. Para as atividades de lazer, 13,9% tem um profissional responsável pelo setor, o passeio é a atividade mais realizada, em 77,8% das instituições. Quanto a estrutura física, 27,8% tem o projeto arquitetônico aprovado pela vigilância sanitária, e somente 13,9% disponibilizam campainha e luz de vigília nos dormitórios.

CONCLUSÃO: As instituições de longa permanência, de acordo com nosso trabalho, ainda necessitam prover melhores condições aos cidadãos asilados, para que os mesmos possam ser protegidos e atendidos nas suas necessidades, com assistência qualificada, em espaços acolhedores, seguros e que respeitem a dignidade e autonomia dos asilados.

Palavras-chave: Assistência a idosos, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Bioética, Asilo para idoso.

ABSTRACT

INTRODUCTION: With the aging of the population, and also the elderly population itself, the need to guarantee the necessary care for the elderly has made institutions of asylum an alternative care. Institutionalization is still a sensitive issue, but it is expected to increase demand for this service. The bioethics of protection presents tools to understand the conflicts generated by aging in the family, asylum institutions and society, bringing to reflection the care that is offered to this population, and the role of the State in guaranteeing the right to a dignified life. **OBJECTIVE:** To evaluate Long-term Care Institutions for the elderly in the south of Minas Gerais, their adequacy to the norms that regulate the activity to provide a dignified life for their residents, from the perspective of the Bioethics of Protection. **METHOD:** This is a cross-sectional, analytical and exploratory study with a quantitative approach. Research performed in 36 asylum institutions in the area of the Regional Health Superintendence of Pouso Alegre/MG. The instrument used was the Roadmap for Sanitary Inspection in Institutions of Long Stay for the Elderly (ILPI). The descriptive analysis was carried out presenting results by means of proportions and for the quantitative the measures of central tendency (average and median) and measures of dispersion (standard deviation, amplitude). **RESULTS:** Data analysis allowed us to observe that 100% of the institutions have a sanitary license in effect. In relation to human resources, only 30.6% presented elderly caregivers as recommended by RDC 283/05. The rehabilitation of these patients is performed in 91.7% by the SUS, 30.6% have physiotherapy care in the institution. They seek asylum in 91.7% because they do not have a person to care for, and 88.9% of the institutions have a view of the elderly family before their admission. For leisure activities, 13.9% have a professional responsible for the sector, and walking is the most accomplished activity, in 77.8% of the institutions. Regarding the physical structure, 27.8% have the architectural project approved by sanitary surveillance, and only 13.9% provide bell and wake light in dormitories. **CONCLUSION:** The long-term institutions, according to our work, still need to provide better conditions to ensure that asylum-seekers are protected and cared for in their needs, with qualified assistance, in welcoming, safe spaces that respect the dignity and autonomy of them.

Key words: Care for the elderly, Long-term care for the elderly, Bioethics, Nursing home.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1- Região de Saúde de Pouso Alegre..... | 42 |
| Figura 2- Região de Saúde de Itajubá..... | 42 |
| Figura 3- Região de Saúde de Poços de Caldas | 43 |
| Figura 4- Divisão do Instrumento de pesquisa..... | 44 |
| Figura 5- Coleta de dados..... | 45 |

LISTA DE TABELA

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Documentação apresentada pelas ILPI na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36)..... | 47 |
| Tabela 2 - Recursos Humanos nas ILPI na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36)..... | 49 |
| Tabela 3 - Profissionais que prestam atendimento de reabilitação nas ILPI com vínculo com a instituição, contratados pela família ou com atendimento pelo SUS na região da SRS Pouso Alegre -2018 (N=36)..... | 50 |
| Tabela 4 -Profissionais necessários para adequada atenção e cuidado aos idosos institucionalizados nas ILPI na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36)..... | 51 |
| Tabela 5- Motivos mais frequentes de institucionalização dos idosos na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36)..... | 52 |
| Tabela 6 - Procedimentos que são adotados e o grau de comprometimento da saúde dos idosos quando admitidos nas instituições asilares na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36)..... | 52 |
| Tabela 7 - Organização do trabalho nas ILPI na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36)..... | 53 |
| Tabela 8 - Processos operacionais no cuidado à saúde dos idosos institucionalizados planejados em parceria com as Secretaria Municipal de Saúde e as ILPI na região da SRS Pouso Alegre - (N=36)..... | 54 |
| Tabela 9 - Organização dos serviços médicos prestados nas instituições asilares, consultórios médicos e Unidades de Atenção Primária a Saúde na região da SRS Pouso Alegre – 2018 (N=36)..... | 54 |

| | |
|---|----|
| Tabela 10 - Hospitais e/ou serviços de saúde para onde são encaminhados os residentes em caso de urgência/emergência e consultas médicas na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36)..... | 55 |
| Tabela 11 - Assistência farmacêutica e aquisição de medicamentos pelas ILPI na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36)..... | 55 |
| Tabela 12- Atividades de lazer nas ILPI da região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36)..... | 57 |
| Tabela 13 - Itens verificados no setor de Nutrição e dietética nas instituições asilares na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36)..... | 58 |
| Tabela 14- Itens de verificação do imóvel projeto arquitetônico e segurança de combate a incêndio das ILPI na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36)..... | 59 |
| Tabela 15 - Itens de atendimento específicos da estrutura física das ILPI na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36)..... | 60 |
| Tabela 16 - ILPI com estrutura física, mobilidade e acessibilidade aos portadores de necessidades especiais na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36)..... | 61 |
| Tabela 17 - Processamento de roupas da ILPI na região da SRS Pouso Alegre -2018 (N=36)..... | 62 |
| Tabela 18 - Vagas existentes e a população institucionalizada na região da SRS Pouso Alegre quanto a idade, sexo e grau de dependência - 2018 (N=36)..... | 63 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------|--|
| ABNT | Associação Brasileira de Normas Técnicas |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| AVCB | Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros |
| CAAE | Certificado de Apresentação para Apreciação Ética |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ILPI | Instituição de Longa Permanência para Idosos |
| IPEA | Instituto de Pesquisa Aplicada |
| NBR | Norma Brasileira |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| PDR | Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais |
| PNSPI | Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa |
| RDC | Resolução de Diretoria Colegiada |
| RT | Responsável Técnico |
| SBGG | Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia |
| SES | Secretaria de Estado de Saúde |
| SESC | Serviço Social do Comércio |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SRS POU | Superintendência Regional de Saúde de Pouso Alegre |
| SSVP | Sociedade São Vicente de Paulo |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura |
| UNIVÁS | Universidade do Vale do Sapucaí |
| VISA | Vigilância Sanitária |

LISTA DE DEFINIÇÕES

Grau de dependência I - Idosos independentes, mesmo que usem equipamentos de auto ajuda (qualquer equipamento ou adaptação utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como: bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada).

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

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

Atividades de vida diária - Atividades de vida diária são tarefas básicas de autocuidado, parecidas com as habilidades que aprendemos na infância. Elas incluem: alimentar-se, ir ao banheiro, escolher a roupa, arrumar-se e cuidar da higiene pessoal, manter-se continente, vestir-se, tomar banho, andar e transferir (por exemplo, da cama para a cadeira de rodas). As atividades de vida diária são geralmente mencionadas por profissionais de geriatria e gerontologia.

Serviços de Interesse à saúde - Entende-se por serviços de interesse à saúde ou estabelecimentos de interesse à saúde, o local, a empresa, a instituição pública ou privada, e/ou a atividade exercida por pessoa física ou jurídica, que pelas características dos produtos e/ou serviços ofertados, possam implicar em risco à saúde da população e à preservação do meio ambiente.

Vigilância sanitária—conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1 História das instituições asilares | 27 |
| 1.2 Senescência | 30 |
| 1.3 Políticas Públicas do Idoso..... | 32 |
| 1.4 Bioética da Proteção e Responsabilidade Social..... | 35 |
| 2 OBJETIVOS | 40 |
| 3 MÉTODOS | 41 |
| 3.1 Delineamento do estudo..... | 41 |
| 3.2 Cenário do estudo..... | 41 |
| 3.3 Critério de elegibilidade | 43 |
| 3.3.1 Critérios de inclusão..... | 43 |
| 3.3.2 Critérios de não inclusão | 43 |
| 3.3.3 Critérios de exclusão | 44 |
| 3.4 Instrumento de coleta de dados | 44 |
| 3.5 Coleta de dados | 45 |
| 3.6 Manuseio dos dados obtidos | 46 |
| 3.7 Análise dos dados..... | 46 |
| 3.8 Procedimentos éticos..... | 46 |
| 4 RESULTADOS..... | 47 |
| 5 DISCUSSÃO | 64 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 71 |
| 7 REFERÊNCIAS | 74 |
| APÊNDICES..... | 82 |
| Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 82 |
| Apêndice B – Autorização | 84 |
| ANEXOS | 85 |
| Anexo A - Instrumento de pesquisa | 85 |
| Anexo B - Legislação sanitária | 95 |
| Anexo C-Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética..... | 108 |

1 INTRODUÇÃO

Asilo foi a denominação dada as primeiras instituições cuidadoras de idosos que ofereciam o atendimento asilar, com o objetivo de prover as necessidades básicas de moradia, alimentação e cuidados integrais a saúde destes indivíduos fora do ambiente familiar (DEBERT, 1999; CHRISTOPHE, 2009).

Do grego asilo, (*ásylos*, pelo latim *asylo*), é definido como casa de assistência social onde são recolhidas, para sustento ou para educação, pessoas pobres e desamparadas, como mendigos, crianças abandonadas, órfãos e velhos. Asilo significa também guarita, proteção, independentemente do caráter social, político ou de cuidados do estabelecimento (SÃO PAULO, 2003).

Devido ao caráter genérico dessa definição, considerando os estereótipos associados à pobreza, abandono ou rejeição familiar, outros termos surgiram para denominar os locais de assistência aos idosos, entre eles: abrigo, lar dos velhinhos, casa de repouso, clínica geriátrica (DEBERT, 1999). A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) propôs usar o termo Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) para estes estabelecimentos, como uma maneira de padronizar a nomenclatura (TOSTA, 2006). A definição de ILPI pela Resolução de Diretoria Colegiada Nº 283 de 26 de setembro de 2005 (RDC 283/05) é de que “são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a ser domicílio coletivo de pessoas com idade superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania” (BRASIL, 2005).

Os hospitais e os asilos têm origens semelhantes, e inicialmente estas instituições abrigavam idosos em situação de exclusão social. Segundo Alcântara (2004), na época do Brasil colônia, por iniciativa do Conde de Resende, começou a funcionar a Casa dos Inválidos, criada para abrigar os soldados como forma de reconhecimento pelos serviços prestados à pátria, para que tivessem uma velhice tranquila, digna e descansada. O Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada foi o primeiro destes estabelecimentos no Rio de Janeiro, fundado em 1890 para acolher os indivíduos em situação de pobreza e abandono (GROISMAN, 1999).

O modelo asilar brasileiro é semelhante ao das instituições totais definida por Goffman (1974), como “um local de residência e trabalho, onde indivíduos, com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de

tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”. Nestas instituições, os idosos são violados em sua individualidade e autonomia, sem controle da própria vida, sem direito à privacidade e contato com o mundo exterior, e ficam sujeitos as normas estabelecidas pela instituição.

Segundo o livro Política Nacional do Idoso (BRASIL, 2010), publicado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, responsável pela política de cuidados de longa duração:

[...] muitas instituições de longa permanência, em que pesem exceções importantes, perpetram e reproduzem abusos, maus-tratos e negligências que chegam a produzir mortes, incapacitações e a acirrar processos mentais de depressão e demência. Em muitos asilos e clínicas, mesmo em estabelecimentos públicos ou conveniados com o Estado, frequentemente, as pessoas são maltratadas, despersonalizadas, destituídas de qualquer poder e vontade, faltando-lhes alimentação, higiene e cuidados médicos adequados. No entanto, quase inexistente a necessária vigilância e fiscalização desses estabelecimentos, a não ser quando ocorre um escândalo ou alguma denúncia intensamente alardeada pela imprensa (BRASIL, 2010 p. 83).

Aos idosos, vitimados por esse modelo asilar, não se oferecem atividades que proporcionem qualidade de vida (MESSORA, 2006). O papel de proteger os sujeitos contra ameaças e danos a sua saúde e bem-estar faz parte das obrigações do Estado, preocupado com a melhoria do nível de saúde desta população (SCHRAMM, 2011).

Uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2011) identificou 3.548 ILPI no país. Em Minas Gerais estão 683 destas instituições asilares, distribuídas em 476 municípios dos 853 existentes. Um número pequeno, ao considerar o envelhecimento da população e o fato deste tipo de estabelecimento ser uma alternativa de cuidado extrafamiliar (CAMARANO, 2010).

A longevidade da população é um fenômeno global e reflete na área social e econômica dos países. No Brasil, o IBGE (2000) estima que a população apresentará, até 2050, 34 milhões de idosos, a 5ª maior população do planeta, (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016), com um crescimento expressivo da população com 80 anos ou mais, e será um dos países mais envelhecidos do mundo.

Este aumento da expectativa de vida deve-se a vários fatores como a melhoria do saneamento básico, desenvolvimento da indústria de medicamentos, avanço tecnológico da medicina e a mudança nos níveis de fecundidade, natalidade e mortalidade. Um dos principais fatores para o aumento da população idosa é a queda

da fertilidade e o aumento da vida média da população (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; IBGE, 2000) conseqüentemente a diminuição populacional das faixas etárias mais jovens com o aumento da faixa mais velha, fenômeno denominado transição demográfica (VERMELHO; MONTEIRO, 2002).

O país está envelhecendo e as alterações na estrutura populacional são irreversíveis. Este crescimento da população idosa traz uma série de alterações na sociedade relacionadas ao poder econômico, mercado de trabalho, sistemas e serviços de saúde e às relações familiares (FREITAS; SCHEICHER, 2010).

O perfil demográfico do Brasil, a partir de 1970, mudou de uma sociedade rural e tradicional, com famílias numerosas para o de uma sociedade principalmente urbana, com menos filhos e uma nova estrutura familiar. De uma população predominante jovem, observou-se o aumento de pessoas com 60 anos ou mais (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; IBGE, 2000).

A transição demográfica se inicia com a redução das taxas de mortalidade e, posteriormente, com a queda das taxas de natalidade, com significativas alterações na estrutura etária da população.

A relação entre desenvolvimento e crescimento da população, com a alteração das taxas de natalidade/mortalidade, de elevadas para reduzidas, trouxe ao debate da transição demográfica, as mudanças nas bases populacionais e suas fases de transição. No período de pré-transição, são elevadas as taxas de natalidade e mortalidade, com crescimento populacional baixo e estrutura etária jovem. (VERMELHO; MONTEIRO, 2002).

Na primeira fase da transição, os níveis de mortalidade caem e os de natalidade mantêm-se elevados; o crescimento é acelerado e a estrutura etária da população ainda é mais jovem. Na segunda fase da transição, início da redução dos níveis de natalidade com queda nas taxas de mortalidade, as taxas de crescimento populacional diminuem, há a transformação da faixa etária e início do processo de envelhecimento da população. Nesta fase, há o aumento significativo da população em idade ativa, resultado do nível de natalidade elevada no período anterior. Por fim, os baixos índices de natalidade e de mortalidade observa-se uma parada nas taxas de crescimento e o aumento do envelhecimento da população, caracterizando a terceira fase da transição demográfica (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

O Brasil encontra-se na terceira fase do processo de transição demográfica. Os dois últimos censos populacionais (IBGE, 2000, 2010), mostraram que o país está na fase de desaceleração do crescimento populacional.

O envelhecimento populacional, processo natural do ciclo da vida, demanda a intervenção do Estado, sob olhar da família e da sociedade, para proporcionar ações e serviços dirigidos às necessidades do idoso, ao exercício da sua cidadania e para o equacionamento de questões sociais, na busca de soluções, benefícios e igualdade para todos.

Com o envelhecimento da população e o envelhecimento da própria população idosa, a necessidade de garantir os cuidados necessários aos idosos, fez das instituições de caráter asilar uma alternativa de cuidados para estes indivíduos e suas famílias (BRASIL, 2005), sendo eles dependentes ou não de auxílio nas atividades básicas da vida diária (ADV). Cuidados que por diversas razões seus familiares não conseguem oferecer (BRITO; RAMOS, 2005).

As mudanças demográficas têm ocorrido rapidamente, exigindo uma resposta rápida e adequada, que não se realizará sem a intervenção do Estado com implantação e a implementação de políticas públicas que atendam esta faixa etária (ROQUETE, 2017). Assim é necessário compreender o processo do envelhecimento da população e buscar alternativas para que os indivíduos sejam socialmente integrados e economicamente independentes (QUADROS; PATROCÍNIO, 2015).

O envelhecimento populacional é progressivo, na maior parte das vezes acompanhado de processos patológicos que alteram a rotina diária e os hábitos de vida da família, inviabilizando o cuidado/presença do idoso no convívio familiar devido à necessidade de conciliar vida profissional, filhos menores e a atenção e cuidados especiais necessários ao idoso (CAMARANO; KANSO, 2010).

O envelhecimento está diretamente associado ao aumento do risco para o desenvolvimento de vulnerabilidades de natureza biológica, socioeconômica e psicossocial, relacionadas as mudanças que ocorrem nesta fase da vida.

A vulnerabilidade é uma condição presente no envelhecimento e pode ser observada em várias situações de risco. O idoso é vulnerável quando a sua capacidade de realizar as atividades normais, ou o seu auto cuidado, está prejudicado por várias alterações como físicas, emocionais ou outras. O conceito de risco em saúde esta interligado à vulnerabilidade e refere-se a algo que pode ser danificado, quebrado ou afetado em função de determinada exposição.

O termo vulnerabilidade, segundo Maia (2011), vem do latim, *vulnerare* = ferir e *vulnerabilis* = que causa lesão, identifica indivíduos ou grupo de pessoas que em determinados momentos não são capazes de exercer sua liberdade e defender seus interesses, por várias razões. Assistir o idoso em situação de vulnerabilidade é proteger sua integridade moral, dignidade humana e autonomia.

O conceito de vulnerabilidade social foi utilizado em 1948 pela Declaração Universal dos Direitos Humanos para caracterizar grupos ou indivíduos fragilizados, na garantia de seus direitos de cidadania. Na contextualização ética, a terminologia foi usada em 1978, no Relatório de Belmont, que regulamentou os princípios éticos essenciais para pesquisa com seres humanos (RINCO; LOPES; DOMINGUES, 2012).

A vulnerabilidade social é multidimensional, é relacionada aos fatores estruturais da sociedade como acesso à educação, serviços de saúde e à desigualdade de renda. Com o idoso, é uma combinação de fatores que afetam o seu bem estar, consequência da exclusão, violência, abandono e discriminação que estão expostos, tanto na sociedade quanto nas instituições asilares (RINCO; LOPES; DOMINGUES, 2012).

A qualidade de vida na velhice é o reflexo do comportamento e das experiências vividas pelo indivíduo ao longo do tempo. Com o envelhecimento, a vulnerabilidade biológica é um fator de risco importante devido o declínio típico da senescência que interage com comportamento individual, com a dificuldade de acesso aos recursos de promoção à saúde ao longo da vida (RODRIGUES; NERI, 2011).

As alterações biológicas, inerentes ao envelhecimento, tornam o idoso mais susceptível aos problemas de saúde, com maior vulnerabilidade aos agravos de longa duração e comprometimento da qualidade de vida (PAZ; SANTOS; EIDT, 2005).

A OMS define qualidade de vida como:

a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente (OMS, 1994).

O cuidado com o idoso, anteriormente era atribuído a mulher. Após sua inserção no mercado de trabalho, ela não mais consegue atender estas necessidades, ou por não ter disponibilidade de tempo, ou por falta de espaço para os idosos na estrutura

familiar, ou até mesmo por dificuldades de ordem financeira (CAMARANO; KANSO, 2010, ROQUETE; BATISTA; ARANTES, 2017).

A decisão da institucionalização do idoso, às vezes, é a única/última opção para esses indivíduos e suas famílias. É necessário, portanto, que as ILPI possuam infra estrutura, recursos humanos e materiais, para atender adequadamente esta demanda, dadas as especificidades da faixa etária (BRASIL, 2005).

Geralmente, é a família que decide pela mudança de residência do idoso, no entanto, nem sempre é assim que acontece. Depende de vários fatores, entre eles o grau de autonomia do idoso e da qualidade das relações familiares. Também é comum encontrar, entre os familiares, preconceitos e dificuldades em relação à mudança de moradia dos seus parentes para uma instituição. A família lida com sentimento de fracasso, vergonha e impotência por não ter condição de cuidar do idoso (CLOS; GROSSI, 2016).

A institucionalização ainda é um assunto delicado, visto que sua aceitação como alternativa de suporte social não é bem aceita, embora seja indiscutível o aumento da demanda por este serviço (DEBERT, 2009). Segundo Camarano (2010), a mudança do familiar para a ILPI vem acompanhada, muitas vezes, de sentimento de culpa e de constrangimento pela família. Ao longo da história, o cuidado com os idosos, foi atribuído à família, que tem como responsabilidade suprir as necessidades físicas, psíquicas e sociais, principalmente quando o idoso tem algum comprometimento (MORAGAS, 1997).

Os novos arranjos familiares, a redução dos membros das famílias, o envelhecer junto, segundo Moragas (1997), tornou um desafio, pois a vida moderna, envolta pelo mercado de trabalho, não deixa espaço para convivência entre idosos e suas famílias. As cuidadoras no ambiente doméstico, as mulheres, foram absorvidas pelo trabalho externo, e estes cuidados foram destinados às creches e instituições asilares.

O forte impacto causado pela industrialização e a entrada da mulher no mercado de trabalho, transferiram da família para outras organizações as funções que eram próprias do ambiente doméstico. Esta mudança causou a segregação e levou a exclusão dos mais velhos do seu papel no meio familiar (ALCÂNTARA, 2004).

Camarano (2007a), coloca que no momento em que as famílias estiverem menos disponíveis para assumir o cuidado com os familiares idosos, o Estado e as empresas privadas deverão oferecer este atendimento.

Viver em uma instituição pode representar apoio, proteção e segurança tanto para o idoso quanto para a família. Optar por uma instituição não significa necessariamente uma redução da importância da família para o cuidado dos seus familiares, mas um compartilhamento de responsabilidades e cuidado (CAMARANO, 2010).

A ILPI possui o papel de ser facilitadora do processo de envelhecimento ao promover atividades que estimulam e trazem satisfação pessoal aos residentes. É importante que os idosos sejam envolvidos no planejamento das atividades cotidianas. Além disso, essas instituições devem minimizar os prejuízos da institucionalização aos idosos, como perdas da autonomia e identidade e a segregação social, além de promover a qualidade de vida (TOMASINI; ALVES, 2007).

O processo de institucionalização não vem acompanhado de um projeto de retorno à comunidade. A família em muitos casos, formaliza o abandono que iniciou no ambiente familiar (CAMARANO; BARBOSA, 2016).

A legislação brasileira responsabiliza a família, a sociedade e o Estado pelo cuidado de seus idosos (BRASIL, 2003; QUADROS; PATROCÍNIO, 2015). O artigo 229 da Constituição Federal estabelece que “os pais tem o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores tem o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Portaria Nº 2.428 de 19 de outubro de 2006, tem como finalidade primordial: “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” e também diz que “quanto ao local de moradia, os idosos podem estar no ambiente familiar ou em ILPI” (BRASIL, 2006).

Autonomia, um dos princípios bioético, é entendida como o direito do indivíduo de escolha, do poder de decisão relacionados à sua vida, saúde, integridade físico-psíquica e as relações sociais. Algumas situações transitórias ou permanentes podem interferir de maneira que o indivíduo tenha sua autonomia diminuída, e dependam de outros sujeitos nas tomadas de decisões. O prejuízo da autonomia do idoso compromete tanto sua qualidade de vida quanto a dinâmica familiar (SAQUETTO et al, 2013).

Os idosos que são totalmente dependentes, os acamados, tem a vida administrada pela instituição, o que também aconteceria se estivessem junto à

família. A falta de autonomia se deve a incapacidade do poder de decisão, e sua vida é totalmente administrada pela família/instituição.

A política do idoso cria normas para os direitos sociais, garantindo legalmente a autonomia, integração e participação efetiva por meio de ações intergeracionais. O artigo 4, inciso I, da Lei nº 8.842/94 trata da “viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações”. As instituições devem cumprir as exigências legais para o seu funcionamento, e conforme o artigo 37, §3º do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003): “são obrigadas a manter padrões de habitações compatíveis com as necessidades dele, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei”.

O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) com 118 artigos, estabelece os direitos fundamentais da população idosa, as medidas de atendimento, de proteção em situação de risco social, as penalidades quando essas pessoas são vítimas de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão. Está pautado em princípios éticos, uma vez que prioriza o atendimento das necessidades básicas e à manutenção da autonomia como conquista dos direitos sociais.

O Estatuto também prioriza que o idoso seja atendido nas suas necessidades pela própria família em detrimento do atendimento asilar, que geralmente é visto como instituições de assistência social ou instituições de saúde (CAMARANO, 2010). A assistência integral em ILPI, só é permitida em casos de indisponibilidade de recursos dos familiares ou do próprio idoso, inexistência de grupo familiar e abandono (BRASIL, 2003).

A responsabilidade sobre o cuidado desta população foi atribuída pelo Estatuto para a família e para o poder público: a obrigação de assegurar aos idosos o direito à vida, à alimentação, à educação, à cultura, ao lazer, ao esporte, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Uma das atribuições do Estatuto do Idoso é “regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos”. A legislação brasileira reconhece a velhice como uma fase que precisa da proteção do Estado em razão da vulnerabilidade e o risco social a que estão expostas.

Os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas, na Resolução 46/91, determinam que eles devem:

Permanecer integrado à sociedade, participar ativamente na formulação e implementação de políticas que afetam diretamente seu bem-estar e transmitir aos mais jovens conhecimentos e habilidades. Poder viver com dignidade e segurança, sem ser objeto de exploração e maus-tratos físicos e/ou mentais. Beneficiar-se da assistência e proteção da família e da comunidade, de acordo com os valores culturais da sociedade. Desfrutar os direitos e liberdades fundamentais, quando residente em instituições que lhe proporcionem os cuidados necessários, respeitando-se sua dignidade, crença e intimidade. Deve desfrutar ainda o direito de tomar decisões quanto à assistência prestada pela instituição e à qualidade de sua vida (ONU,1991).

Em consonância, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, afirma que “a) A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade”, colocando para reflexão o cuidado dos idosos institucionalizados em situação de vulnerabilidade e que, em situações mais extremas, são incapazes de zelar pelo próprio bem-estar ou que não tenham amparo da família ou da própria sociedade para solucionar seus conflitos.

Logo, o idoso, cuja família e o Estado decidem que deva ser internado em uma ILPI, é um indivíduo que, segundo Schramm (2008), não tem os meios e/ou estão capacitados para realizar seus projetos de vida para alcançar uma vida digna e não são capazes, por alguma razão independente de suas vontades, de se defenderem sozinhos pelas condições desfavoráveis em que vivem ou devido ao abandono das instituições vigentes que não lhes oferecem o suporte necessário para enfrentar sua condição de afetados e procurar uma saída.

O referencial bioético que trata de indivíduos e populações que se encontram em situações deste tipo é a Bioética da Proteção. O Estado, nestes casos, é o responsável por ações que visam garantir “que a pessoa vulnerada (idoso) saia de sua condição de vulneração e desenvolva sua competência para ter uma vida pelo menos decente”(SCHRAMM, 2005).

Schramm (2005), conceitua que vulnerável é uma característica universal dos sujeitos, uma situação de fragilidade. Rodrigues e Neri (2012) definem vulnerabilidade como “o estado de indivíduos ou grupos que, por alguma razão, têm sua capacidade de autodeterminação reduzida, podendo apresentar dificuldades para proteger seus próprios interesses devido a déficits de inteligência, educação, recursos ou outros atributos”.

A população idosa é um grupo em situação de vulnerabilidade, está mais exposta a riscos que são inerentes ao envelhecimento, pela própria natureza biológica ou por um estilo de vida que pode comprometer sua saúde (MAIA, 2011).

Vulnerado diz respeito à situação em si, ao dano e as consequências que traz ao indivíduo, interferindo em sua qualidade de vida. Este dano pode ser permanente ou transitório e modifica o cotidiano da família ou da instituição.

Bioética da Proteção em seus conceitos: bioética que genericamente significa ética da vida, e proteção que indica a prática de amparar quem necessita (idosos institucionalizados ou não), é um instrumento adequado para as reflexões e ações a serem desenvolvidas para a população das ILPI (SCHRAMM, 2005).

As instituições buscam estratégias a fim de garantir uma vida digna, respeitando o princípio moral de evitar o sofrimento evitável. Portanto, pensar na estrutura das ILPI é também considerar o contexto socioeconômico em que estão inseridas e na capacidade financeira do idoso ou de seu conjunto familiar em dar-lhe suporte (SCHRAMM, 2008).

A Bioética de Proteção atribui para o Estado e a família a responsabilidade de preservar a integridade física, psíquica e social do indivíduo, promovendo qualidade de vida e atenção à saúde principalmente dos que mais necessitam. Fundamentada na responsabilidade social, prioriza os mais carentes, respeita os direitos e a dignidade humana dos asilados (SCHRAMM, 2005).

Moragas (1997), afirma, que estas atribuições deixaram de ser exclusivas das famílias e são oferecidas por organizações fora do contexto familiar. Entre as alternativas para o cuidado com os idosos, na esfera não familiar, estão as instituições asilares, que são uma modalidade para abrigar os idosos, quando não é possível sua permanência no meio familiar (CAMARANO, 2010).

O cuidado nas ILPI é dividido entre a dedicação e precarização, devido aos poucos profissionais para cuidar de uma população cada vez maior e mais frágil. Essas instituições apresentam muitas dificuldades para prestar cuidados a partir de uma perspectiva bioética aos idosos em situação de vulnerabilidade física e emocional (SCHRAMM, 2005).

A Bioética reconhece as desigualdades na estrutura social, preocupa com a população que sofre restrição de liberdade, autonomia, aumento de suscetibilidades e valoriza a proteção/cuidado. Uma proteção “positiva”, entendida como algo que favorece o autodesenvolvimento humano, uma condição necessária para o exercício de

sua autonomia, não limitada como amparo e garantia da qualidade de vida, numa reflexão bioética dos conflitos e dilemas morais que surgem na população institucionalizada (SCHRAMM, 2011).

O envelhecimento é uma das preocupações da humanidade desde os primórdios da civilização. Assim, questões relativas ao envelhecimento humano são temas relevantes, uma vez que, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a estimativa de vida das pessoas tem aumentado de forma significativa. Esta preocupação com o envelhecimento da população, sem dúvida, é devido a rapidez desta transformação e o aumento representativo, em número, desta parcela com idade mais avançada (DEBERT, 1999).

Com este crescimento da população idosa, é esperado o aumento significativo das Instituições de Longa Permanência para Idosos como alternativa aos que necessitam de cuidados de longa duração, que por diversas razões não podem ser cuidados pela família (MESSORA, 2010).

Tomasini e Alves (2007) relatam que as ILPI estão muito abaixo das condições mínimas de moradia. Quando o idoso passa a residir nestas instituições, convive com isolamento social, privado de seus projetos por encontrar-se afastado da família, da casa, dos amigos, das relações que fazem parte da sua história. Um desafio, pois estas instituições ao mesmo tempo em que cuidam, afastam os idosos de seu convívio familiar e limitam a possibilidade de uma vida ativa, tornando-os vulnerados (MIRANDA, 2012).

A teoria das instituições totais (GOFFMAN, 1974), é uma maneira de entender o drama do asilamento em estabelecimentos fechados e em regime de internação. Nos primeiros tempos da institucionalização são marcados por um processo de ajustamento dos novos padrões culturais, passam por situações de aprendizagem, muitas vezes, imposta pela situação social e física em que vivem, e aprendem a ajustar sua vida.

O aspecto central das instituições totais podem ser descritos como a ruptura das barreiras, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Criam e mantêm um tipo específico de tensão entre o mundo doméstico e o mundo institucional, e usam essa tensão como força estratégica para o controle. Os idosos são obrigados a lidar com a ausência de seus familiares e a reestabelecer relações sociais com os residentes.

A ruptura com o grupo familiar e a transferência para a instituição asilar, provoca novas reflexões sobre a velhice enquanto problema social e sobre os riscos próprios do envelhecimento.

Este trabalho contribuirá para buscar compreender e discutir os conflitos de interesse ao oferecer visibilidade às situações encontradas nas instituições asilares, trazendo a discussão sobre o envelhecimento saudável associado ao aumento da expectativa de vida e a velhice como uma questão social. Contribuirá também para o planejamento das ações visando uma melhor qualidade de vida da população institucionalizada que está em situação de desigualdade pessoal, social e econômica.

A Bioética da Proteção se coloca como defensora desta população marginalizada, desprotegida e vulnerável, que necessita da assistência do Estado para inclusão e defesa dos seus direitos sociais e cidadania.

A Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso e o Estatuto do Idoso sintetizam a resposta do Estado e da sociedade, garantindo o cuidado e a atenção integral aos idosos (BRASIL, 2003; MS, 2006b), definindo as diretrizes essenciais para a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional e sua reabilitação, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a capacitação de recursos humanos, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas (BRASIL, 2006).

A Bioética da Proteção, questão bioética que investigaremos, aplica-se a qualquer pessoa moral que não consegue agir de maneira autônoma devido a razões que independem da sua vontade ou potencialidades (SCHRAMM, 2008). Apresenta ferramentas teóricas e práticas que procuram entender os conflitos de interesses gerados com o envelhecimento na família e na sociedade, trazendo para reflexão o cuidado oferecido a esta população. Discute o papel do Estado em amparar os idosos, assegurando sua participação na sociedade e a garantia do direito a uma vida com qualidade, respeitando as particularidades de cada indivíduo, que em situações mais extremas são incapazes de zelar pelo próprio bem-estar e não possuem amparo familiar necessário.

1.1 História das instituições asilares

O início das instituições asilares se deu com o cristianismo, quando o Papa Pelágio II (520-590), fez da sua residência um hospital para os velhos (ALCÂNTARA, 2004), denominado “Gerontocômio”, do latim *gerontocomiu*, que significa hospital ou abrigo para velhos. Devido à falta de registros, não é possível conhecer a evolução destas instituições.

Na Inglaterra, durante a idade média, foram construídas casas próximas aos mosteiros, denominadas *almshouses*, destinadas à caridade (alms) e hospitalidade em geral, eram abrigos para as pessoas necessitadas e desamparadas (CANNON, 2004). Recebiam recursos dos mosteiros e também doações de outros benfeitores, que determinavam quem seriam os atendidos. As casas recebiam também muitas doações que eram deixadas por heranças.

No século XVI, na Inglaterra, o governo era responsável pelo cuidado dos pobres e mendigos. Nesta época, houve um aumento destas instituições que abrigavam loucos, idosos, órfãos, excluídos e mendigos, todos em um mesmo ambiente. Provavelmente veio deste período a referência negativa que persiste nestas instituições até hoje (BORN, 2001).

Nesta mesma época, na França, começou o movimento hospitalar – hospitalidade e cuidado – onde os velhos, mendigos, doentes e loucos encontravam alimentação e abrigo, muitas vezes em condições precárias. (CANNON, 2004).

Somente com o Iluminismo, no século XVIII, percebeu-se a necessidade da separação destes indivíduos nas instituições, os portadores de sofrimento mental foram para os hospícios, as crianças órfãs para os orfanatos e os idosos para os asilos (BOIS, 1997; REZENDE, 2002; NOVAES, 2003). Este modelo surgiu na Holanda em 1606, foi denominado *Hoffie*, residência coletiva para idosos, geralmente estava localizada próximo a praças ou lagos.

Com os colonizadores ingleses, chegaram ao Brasil estas instituições. A primeira referência sobre asilo foi a Casa dos Inválidos, inaugurada em 1797 no Rio de Janeiro para abrigar soldados velhos, não como caridade, mas sim como reconhecimento pelos serviços prestados à pátria (ALCÂNTARA, 2004), e se fizeram dignos de uma descansada velhice, como dizia o Conde de Resende, quinto vice-rei do Brasil, idealizador do espaço (CAMARANO; CHRISTOPHE, 2010).

Um dos primeiros registros de asilos para cuidado dos idosos é o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, criado em 1890 no Rio de Janeiro para atender velhos pobres, numa visão assistencialista e filantrópica. A partir de 1909, iniciou uma ala para os idosos que podiam pagar uma mensalidade. Em São Paulo, a Santa Casa de Misericórdia iniciou o atendimento aos mendigos no final do século XIX (ASSIS, 2008, CAMARANO; CHRISTOPHE, 2010), reforçando mais ainda a característica de filantropia.

As associações religiosas e as filantrópicas participaram ativamente na abertura destas instituições. A Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP), iniciada na França em 1833, está presente há mais de 133 anos no Brasil e é responsável por várias instituições asilares na região do estudo. Algumas destas instituições já completaram 100 anos de funcionamento.

Uma pesquisa realizada em todo o território nacional com caráter censitário pelo IPEA (2010) cadastrou 3.458 ILPI, sendo que no estado de Minas Gerais foram registrados 694 estabelecimentos asilares, e destes, 40 estão na área sob jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Pouso Alegre (SRS POU).

De acordo com os dados coletados, as vagas disponibilizadas pelas 36 instituições asilares que participaram da pesquisa são de 1.778, com 1.487 residentes distribuídos entre os estabelecimentos, sendo a maioria mulheres. O regime jurídico das instituições, segundo auto declaração, predominou as filantrópicas em 33 instituições, e 03 privadas com fins lucrativos.

Outras modalidades habitacionais voltadas para os idosos surgiram a partir de iniciativas municipais e estaduais. É o caso do programa Cidade Madura, do governo estadual da Paraíba, da Vila do Pari, em São Paulo, e das repúblicas municipais, em Santos/SP (MENDES; HERMSDORF; OLIVEIRA, 2016).

Pioneira no Brasil e referência em moradia para idosos, a iniciativa do governo paraibano consiste em condomínios exclusivos para pessoas com mais de 60 anos, de baixa renda e com autonomia para fazer suas atividades diárias. Além das adaptações, o Cidade Madura incentiva a socialização disponibilizando academia, pista de caminhada, sala de computadores, redário, uma horta e até um centro de saúde (MENDES; HERMSDORF; OLIVEIRA, 2016).

O governo transfere o usufruto do imóvel ao idoso enquanto ele for independente. É responsabilidade do morador o pagamento das taxa de luz e água, eles podem residir no local o tempo que quiserem/puderem ou até morrerem. Em caso

de morte, o imóvel é cedido a outra pessoa cadastrada no programa. Quando perde a autonomia, é encaminhada pelo estado para uma instituição de longa permanência (MENDES; HERMSDORF; OLIVEIRA, 2016).

Mantida há dez anos pela Prefeitura de São Paulo, a Vila dos Idosos reúne dois milhões de pessoas com mais de 60 anos na maior cidade do País. Localizado no bairro do Pari, inserida na malha urbana, proporciona conforto e segurança aos moradores, com serviços de saúde, academia ao ar livre, salão de festas, sala de atividades, horta comunitária, quadra de bocha, áreas verdes e a biblioteca Municipal Adelpha Figueiredo, próxima ao local (ALVES de DEUS, 2010).

O Rio de Janeiro é o Estado com a maior parcela da população idosa do Brasil, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua) do IBGE. Como uma proposta para acolher esta população, o Avance Centro-dia é um espaço de convivência para acolher, cuidar e promover o convívio e a sociabilidade dos idosos durante o dia. A modalidade de atendimento tipo centro-dia, prevista na Política Nacional do Idoso, acolhe os idosos que necessitam de cuidados durante o dia enquanto seus familiares desenvolvem as tarefas diárias, e retornam para suas residências à noite (RJ, 2019).

A proprietária do estabelecimento relata que o modelo tradicional da Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) não era o tipo de serviço que buscava, pois “queria algo novo e que complementasse o cuidado familiar, mas que não o substituísse” (RJ, 2019).

Entre as atividades disponíveis no Avance Centro-dia estão os exercícios para a memória, para os sistemas cognitivo e motor fino, sessões de alongamento, artesanato, culinária, canto, teatro, jardinagem/ horta, tecnologia, pintura, desenho e, também, jogos recreativos e “dia da beleza”. Cinema, baile e sarau fazem parte da programação sociocultural da casa, que prevê, ainda, saídas em grupos para passeios, para quem tiver interesse (RJ, 2019).

Outra alternativa de opção à não institucionalização, os Centros de Convivência promovem a qualidade de vida, com serviços de uma equipe multiprofissional que acolhe os idosos que necessitam de cuidados durante o dia e ajudam na socialização, independência e autonomia dos idosos (QUADROS; PATROCINIO, 2015).

1. 2 Senescência

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, elementos determinantes na perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, uma vez que ocasionam vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (PAPALÉO NETTO, 1996).

É um período natural do ciclo vital, caracterizado por algumas mudanças físicas, mentais e psicológicas. É importante fazer essa consideração, pois algumas alterações nesses aspectos não caracterizam necessariamente uma doença. Em contrapartida, há alguns transtornos que são mais comuns em idosos, por exemplo depressão, dificuldades cognitivas, fobias e alcoolismo.

O envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente ligados (PAPALÉO NETTO, 1996).

Senescências são estas alterações produzidas no organismo de um ser vivo – do reino animal ou vegetal – e estão diretamente relacionadas à sua evolução. São mudanças pelas quais o corpo passa e que são decorrentes de processos fisiológicos. Como exemplo, a queda ou o embranquecimento dos cabelos, a perda de flexibilidade da pele e o aparecimento de rugas são fatores que não provocam encurtamento da vida ou alteração funcional (FREITAS, 2013).

Senilidade é um complemento da senescência no fenômeno do envelhecimento. São as condições que acometem o indivíduo no decorrer da vida baseadas em mecanismos fisiopatológicos. São doenças que comprometem a qualidade de vida das pessoas, mas não são comuns a todas elas em uma mesma faixa etária. Não são normais da idade e nem comuns a todos os idosos, por isso são caracterizadas como quadro de senilidade (FREITAS, 2013).

Qual é o nome da velhice? Terceira idade, melhor idade, adulto maduro, idoso, velho, meia idade, maturidade e idade madura. O uso de tantos termos tem por objetivo mascarar o preconceito e negar a realidade. Também revela o quanto o processo de envelhecimento é negado, evitado ou mesmo temido. Preconceito existe tanto por parte da pessoa idosa quanto da sociedade (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Segundo Schneider; Irigaray (2008), o envelhecimento humano pode ser compreendido como um processo complexo e composto por diferentes idades: a cronológica, a biológica, a psicológica e a social.

Idade cronológica

É a passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos desde o nascimento. Não é uma boa medida, uma vez que refere-se somente aos anos decorridos e não diz muito sobre o real envelhecimento humano. A idade cronológica é um parâmetro importante para o planejamento de políticas de atenção ao idoso ou para a gestão de serviços. Cada indivíduo envelhece de maneira própria.

Idade biológica

Definida pelas modificações corporais e mentais que ocorrem ao longo do processo de desenvolvimento e caracterizados pelo processo de envelhecimento humano que inicia antes do nascimento do indivíduo e se estende por toda existência humana.

Idade social

A idade social tem relação com a avaliação da capacidade de adequação de um indivíduo ao desempenho de papéis sociais. O envelhecimento social ocorre quando existe um desengajamento do indivíduo que deixa de interagir socialmente. A aposentadoria é uma situação que pode precipitar o envelhecimento social, por isso, é muito importante que o indivíduo atualize seus projetos de vida.

Idade psicológica

Idade psicológica e envelhecimento psicológico referem-se à relação entre a idade cronológica e as capacidades: percepção, aprendizagem e memória (potencial de funcionamento futuro) e inclui um senso subjetivo de idade (comparando-se com outros). Destacam-se como características psicossociais do envelhecimento que também afetam e implicam em alterações nas dimensões biológicas e funcionais: a vivência de perdas, o declínio físico, uma intensificação de reflexões sobre a vida e a diminuição de perspectiva de futuro. São características de um processo natural de desenvolvimento em fases avançadas da vida, ou seja, de um Envelhecimento Normal.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define o idoso a partir da idade cronológica, portanto, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. É importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Existem diferenças significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas que possuem a mesma idade.

O envelhecimento é um processo natural a todos os seres vivos e inicia com o surgimento da vida (SILVA, 2015). O envelhecer ocorre em fases permeadas pelas mudanças físicas, psicológicas e sociais e cada indivíduo é o protagonista da sua história (PESTANA; ESPÍRITO SANTO, 2008).

1.3 Políticas Públicas do Idoso

O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade como um todo, e o idoso não deve sofrer discriminações, ele é o agente de todas as transformações definidas nas políticas do idoso (GOMES; MUNHO; DIAS, 2009).

Assembleia Geral das Nações Unidas proclamou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 10 de dezembro de 1948, foi uma conquista aos direitos dos idosos. Afirma que todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos, que não há distinção de raça, sexo, cor, e garante no artigo 25, os direitos dos idosos:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ONU,1948).

Segundo Camarano (2004), as mudanças das ações para proteção do idoso ficaram evidentes em 1976, com os seminários que aconteceram em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza e o Seminário Nacional de “Estratégias de Política Social para o Idoso no Brasil”, sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social, recém criado. Os objetivos dos seminários eram a identificação da condição de vulnerabilidade dos idosos, e como resultado, foi identificada a situação de isolamento

social, marginalização, preconceito e pobreza que estavam vivendo (POLTRONIERI; COSTA; SOARES, 2015).

A Organização das Nações Unidas (ONU), promoveu em 1982, a “Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento”, em Viena, gerando o “Plano Internacional de Ação para o envelhecimento”, no qual ficou acordado de que os países implementariam políticas de atenção à pessoa idosa. Segundo Camarano (2004) o Brasil foi um dos seguidores do Plano.

Com a realização destas assembleias, saíram as diretrizes que nortearam as decisões sobre as políticas públicas em muitos países, inclusive no Brasil (SILVA, 2008).

A Constituição Federal de 1988 declara os direitos e deveres dos cidadãos, e estabelece os direitos à pessoa idosa (GOMES; MUNHOL; DIAS, 2009). Alguns destes artigos:

Artigo 3º, inciso IV – Dispõe que é objetivo fundamental do Estado “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”.

Artigo 229 – Determina que “os pais têm o dever de assistir, criar e educar seus filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”.

Artigo 230 – Dispõe que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes direito à vida”. Estabelece que “os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares” (parágrafo 1º) e garante a gratuidade dos transportes coletivos urbanos aos maiores de 65 anos (parágrafo 2º) (CF, 1988).

Após a promulgação da Constituição em 1988, muitas outras leis surgiram em defesa da pessoa idosa, entre elas: Código de Defesa do Consumidor (1990), Estatuto do Ministério Público da União (1993), Lei Orgânica da Assistência Social – Loas (1993), Política Nacional do Idoso (1994), Estatuto do Idoso (2003) e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), (GOMES; MUNHOL; DIAS, 2009).

O país tem se organizado na busca de respostas para as demandas da população que envelhece rápido e em situação de vulnerabilidade por meio de políticas públicas voltadas à pessoa idosa, garantindo maior representatividade com portarias, resoluções e decretos (FERNANDES; SOARES, 2011).

A Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994 e regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, assegura os direitos sociais e amplo amparo legal ao idoso, estabelece as condições para promoção da sua

integração, autonomia e participação efetiva na sociedade (GOMES; MUNHOL; DIAS, 2009). Tem como objetivo atender às necessidades básicas da população envelhecida na área da educação, saúde, habitação e urbanismo, esporte, trabalho, assistência social, previdência e justiça.

A Política Nacional do Idoso (PNI), traz algumas modalidades para o atendimento do idoso, entre elas: Centro de Convivência; Centro de Cuidados Diurno: Hospital-Dia, Centro-Dia, Casa Lar, entre outras. Defende que a atenção ao idoso deve ser feita por intermédio de sua família, e não pela internação em ILPI. Estas internações devem ficar restritas aos idosos sem vínculo familiar e que não tenham condições de prover sua própria subsistência, moradia, alimentação, saúde e convivência social (GOMES; MUNHOL; DIAS, 2009).

Após um período de lutas das organizações sociais, o idoso, reivindicando direitos, conquistou a aprovação da Lei 10.741, denominada Estatuto do Idoso, com a finalidade de assegurar os direitos sociais às pessoas idosas (POLTRONIERI; COSTA; SOARES, 2015). Essa Lei permitiu ao Ministério Público atuar de forma rápida em favor da efetivação dos direitos dos longevos (BRASIL, 2003).

O Estatuto do Idoso abrange várias áreas dos direitos fundamentais e da proteção do idoso distribuído em 118 artigos. Institui as penalidades nos casos de negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão do idoso (POLTRONIERI; COSTA; SOARES, 2015). Também prioriza o atendimento pelo Sistema único de Saúde (SUS) e o acesso a medicamentos.

O artigo 3º do Estatuto do Idoso coloca como obrigação da família, da comunidade, da sociedade e também do poder público assegurar aos idosos seus direitos à vida, à saúde, à alimentação, entre outros e ao respeito e à convivência familiar e comunitária (SILVA, 2008). O artigo 18 diz que as instituições de saúde “devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda” (FERNANDES; SOARES, 2011).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela portaria 2528/GM de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006), busca garantir a atenção adequada e digna para a população idosa, visando sua integração.

Nessa política estão definidas as diretrizes das ações no setor saúde e indicadas as responsabilidades institucionais para atingiras metas propostas (FERNANDES; SOARES, 2011). A PNSPI tem como objetivo o envelhecimento

ativo e saudável, preservar a capacidade funcional, autonomia e manter a qualidade de vida da população idosa.

Muitas são as políticas focadas no idoso, porém, as dificuldades na implementação abrangem desde a captação precária de recursos ao frágil sistema de informação para a análise das condições de vida e de saúde, como também a capacitação inadequada de recursos humanos (POLTRONIERI; COSTA; SOARES, 2015).

A vulnerabilidade da pessoa idosa conforme a progressão da idade reflete em mais cuidados de saúde, físicos e emocionais. Segundo Camarano (2006), é necessária uma política de saúde para todo ciclo vital, com objetivo de redução da mortalidade e a melhora da qualidade de vida das pessoas.

A qualidade do envelhecimento populacional é proveniente do sucesso das políticas públicas das diversas áreas, levando a melhores condições de vida (POLTRONIERI; COSTA; SOARES, 2015). O maior desafio é favorecer a prolongação da vida, de maneira que este fenômeno não seja um problema social e sim uma conquista.

1.4 Bioética da Proteção e Responsabilidade Social

O envelhecimento é um processo lento, inevitável, caracterizado pela diminuição da atividade fisiológica e de adaptação ao meio externo. Uma das primeiras evidências do envelhecimento é a consciência da vulnerabilidade. Os indivíduos são mais vulneráveis e frágeis diante das alterações fisiológicas que ocorrem paulatinamente ao longo da vida (JUNGES, 2004). Os processos patológicos também se acumulam com os anos vividos (OLIVEIRA, 2007), interferem na qualidade de vida do idoso, nos hábitos e rotinas diárias da família.

Considerado um grupo social em situação de fragilidade, a população idosa é objeto de políticas públicas que visam protegê-la dos riscos inerentes ao envelhecimento e a garantia da sua autonomia (SCHUMACHER; PUTTINI; NOJIMOTO, 2013). A vulnerabilidade relacionada a estrutura social é um conceito adequado para compreender a dinâmica do processo, uma vez que vivemos em um

país marcado por grandes desigualdades sociais que trata a população de forma injusta e indigna (CAROLINO; CAVALCANTI; SOARES, 2010).

Segundo Lorenzo (2006), a vulnerabilidade “porta um sentido de susceptibilidade, ou seja, as características que nos deixam aptos a sermos lesados por um evento externo qualquer, e um sentido de risco, que se reporta à possibilidade de que a trajetória desse evento nos encontre em seu caminho”. A vulnerabilidade é uma condição comum a todos os seres humanos, considerando a finitude e fragilidade da vida (SANCHES; MANNES; CUNHA, 2018).

Existem grupos de indivíduos mais expostos a determinadas fragilidades por fatores históricos, momentâneos ou que se encontram em condição de maior suscetibilidade. Esta situação é encontrada em argumentos dos mais diferentes estudiosos e em diversas épocas. Eles, complementarmente, entendem ser necessária a proteção do Estado aos idosos em decorrência dessa condição (CRUZ; OLIVEIRA; PORTILLO, 2010).

Alguns idosos vítimas de negligência e abandono por parte da família e também do Estado, chegam ao envelhecimento em situação de vulnerabilidade (CRUZ; OLIVEIRA; PORTILLO, 2010) devido ao despreparo das pessoas que cuidam diretamente destes indivíduos. Os maus tratos também ocorrem nas residências e/ou nas instituições quando os funcionários não estão capacitados para o cuidado do idoso e quando há um número reduzido de cuidadores, sobrecarregando o trabalho dos profissionais (JUNGES, 2004).

Segundo Junges, 2004 “a velhice é uma realidade indecente e incômoda para a ideologia cultural [...] nisto consiste o problema ético da situação dos idosos em nossos dias”. O mesmo autor ainda cita que:

Os laços afetivos na família tornam-se sempre mais frágeis, não sendo um sustento para momentos de dificuldade. Essa tendência leva a um progressivo isolamento e marginalização do idoso em asilos, longe do convívio intergeracional. Tudo isto é sinal de um modelo familiar em crise, de uma instituição em mutação (JUNGES, 2004, p.137).

A Bioética da Proteção, segundo Schramm (2008), foi uma proposta pensada por pesquisadores latino-americanos sobre os problemas morais, e também pela vulneração dos indivíduos em situações em que não estejam submetidos somente aos riscos, mas principalmente aos danos e carências que interferem na qualidade de vida. A Bioética da Proteção é aplicada a qualquer pessoa que não consiga se defender

ou agir em sua defesa, por alguma razão que independe de sua vontade (SCHRAMM, 2001).

Com dois conceitos para a Bioética da Proteção, bioética que significa “ética da vida” e proteção que é uma “uma prática de amparar quem necessita”, tem como função principal da ética proteger os vulnerados. A "proteção" é uma prática que ampara quem precisa, referindo à função principal do *ethos*, que é a de proteger os vulnerados (e não os "vulneráveis"), definido no próprio significado da palavra, que é dar amparo e estabelecer normas de convivência.

Aplicada no sentido “*strito sensu*”, a Bioética da Proteção significa dar amparo aos pacientes morais e/ou populações vulneradas por não serem capazes de se protegerem sozinhos ou por não possuírem amparo da família, do Estado e da sociedade na realização dos projetos de vida. Ou seja, alcançar uma vida digna e saírem do estado de vulneração que se encontram (SCHRAMM, 2008, 2017).

A Bioética foi pensada na situação de vulnerabilidade da população negligenciada, vítima das desigualdades sociais dos países em desenvolvimento, por isso, segundo Kottow (2005), é aplicada nas necessidades específicas dos suscetíveis, com foco nas ações em defesa dos necessitados (vulnerados). Entendida como parte da bioética, é constituída por ferramentas teóricas e práticas que buscam descrever e entender os conflitos de interesse entre quem tem os “meios que o capacitam para realizar sua vida, e os quem não tem” (SCHRAMM, 2008).

Os vulnerados não são capazes de se defenderem sozinhos das situações desfavoráveis em que vivem, por razões que independe da sua vontade, ou devido ao abandono e na condição de afetado e sem condições de enfrentar a situação e buscar uma saída (SCHRAMM, 2008).

A trajetória das instituições que abrigam idosos chega ao século XXI como negócio lucrativo, ou seja, reconhecem a dificuldade das estruturas familiares nos cuidados para idosos, principalmente no processo de adoecimento. Surgem como um mercado promissor os estabelecimentos gerontológicos de acolhimento e residência, serviços explorados economicamente (CLOS; GROSSI, 2016).

Segundo Camarano (2010), existem instituições com compromisso social, são dependentes de recursos públicos, sociais e dos próprios idosos, mas também instituições que exploram o cuidado enquanto mercadoria. Em outras palavras, o cuidado acaba sendo uma mercadoria:

Por cuidado formal, entende-se aquele que envolve atendimento integral ao idoso em ILPI e/ou em centros-dia e hospitais-dia, além do cuidado domiciliar formal. São ofertados por profissionais especializados tanto do setor público quanto do privado. É comum pensar em apenas dois tipos de alternativas de cuidados: família ou instituições residenciais. No entanto, o escopo de alternativas é muito mais amplo (CAMARANO, 2010).

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO de 2005, em seu artigo 3º - Dignidade Humana e Direitos Humanos afirma que “a) A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade e que, b) Os interesses e o bem estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade”.

Há um crescimento de idosos portadores de doenças crônico-degenerativas, o que mostra a necessidade de mudança dos modelos assistenciais. Precisam de atenção específica, porém, no processo de adoecimento no final da vida, não recebem a devida atenção. CLOS; GROSSI (2016), colocam que quando os cuidados curativos já não são mais possíveis, entra em campo os cuidados paliativos. As ILPIs não oferecem profissionais capacitados e não dispõem dos recursos necessários para conduzir uma morte com assistência de boa qualidade.

A Organização Mundial da Saúde, por definição, entende cuidados paliativos como:

(...) uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (CLOS; GROSSI, 2016, p.397)

A finitude da vida não é entendida como um processo natural daqueles que estão nesta fase do envelhecimento. Isso mostra a ausência de um olhar atento e de um esforço voltado para a construção de políticas públicas de cuidados, sobretudo na dimensão do final da vida para idosos residentes.

(...) mesmo que haja sinais de melhoria na direção de mais cuidados paliativos, muito há de ser feito em instituições de longa duração, que estão na linha da frente no cuidado de pessoas idosas. Existem indicadores visíveis de pouca qualidade nos cuidados, como restrições físicas, úlceras de pressão, o uso de substâncias psicoativas e falta de documentação sobre decisões antecipadas. Estes achados sugerem que os idosos não são percebidos como “doentes terminais”, e nem sempre recebem cuidados paliativos apropriados (CLOS; GROSSI, 2016, p.401).

As autoras, Clos; Grossi, concluem que:

a bioética de proteção compreende a mobilização de agentes formuladores de políticas públicas e a mobilização de sujeitos em processo de envelhecimento, sendo fundamental para que a filosofia de cuidados paliativos, bem como dos cuidados em fim de vida, se amplie e se torne parte da rotina de idosos institucionalizados. O enfrentamento direto da mercantilização do cuidado, a proteção social e a implantação de estruturas adequadas: eis os desafios para o cuidado com dignidade (CLOS; GROSSI, 2016, p.402).

A bioética pode ser pensada como meio para proteção dos indivíduos contra as ameaças que de alguma maneira interferem na qualidade de vida, de modo permanente ou não. Assim, quando se trata de grupos e pessoas vulneráveis, falamos de Bioética de Proteção. Conforme Schramm (2008), proteger significa dar as condições de vida que cada indivíduo julgue necessárias para capacitá-lo nas decisões enquanto ser racional e razoável.

A ética é essencial para um cuidado digno e a bioética de proteção uma ferramenta importante para trabalhar a questão das ILPIs, colocando em foco a dimensão da saúde e os conflitos que emergem no cuidado dos idosos, sujeitos em situação de vulnerabilidade e que, nas situações mais extremas, são incapazes de cuidar pelo próprio bem-estar. Portanto, de acordo com Clos; Grossi (2010), “a bioética de proteção compreende a mobilização dos agentes formuladores de políticas públicas e a mobilização de sujeitos em processo de envelhecimento”.

2 OBJETIVO

Avaliar as Instituições de Longa Permanência para Idosos no sul de Minas, sua adequação às normas que regulam a atividade para prover uma vida digna aos seus moradores, numa perspectiva da Bioética da Proteção.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, analítico e exploratório, com abordagem quantitativa.

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado nas ILPI localizadas na região sob jurisdição da SRS POU, com 53 municípios. Está dividida em 3 Regiões de Saúde: Pouso Alegre com 33 municípios, Itajubá com 15 municípios e Poços de Caldas com 5 municípios, conforme o Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR), que é um instrumento de planejamento em saúde, que estabelece uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação de recursos, da descentralização programática e gerencial do estado.

Estão licenciadas pelas Vigilâncias Sanitárias (VISA) 40 ILPI, localizadas em 34 municípios da região. Todo este universo será pesquisado.

Para que a ILPI, classificada como estabelecimento de interesse a saúde, possa funcionar é necessário o Alvará Sanitário, regulamentado pela Lei 13.317/1999 é “o documento expedido por intermédio de ato administrativo privativo do órgão sanitário competente, contendo permissão para o funcionamento dos estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário”.

Participaram desta pesquisa 36 instituições asilares, sendo 3 privadas com fins lucrativos e 33 filantrópicas sem fins lucrativos.



Figura 1- Região de Saúde de Pouso Alegre
Fonte: PDR MG

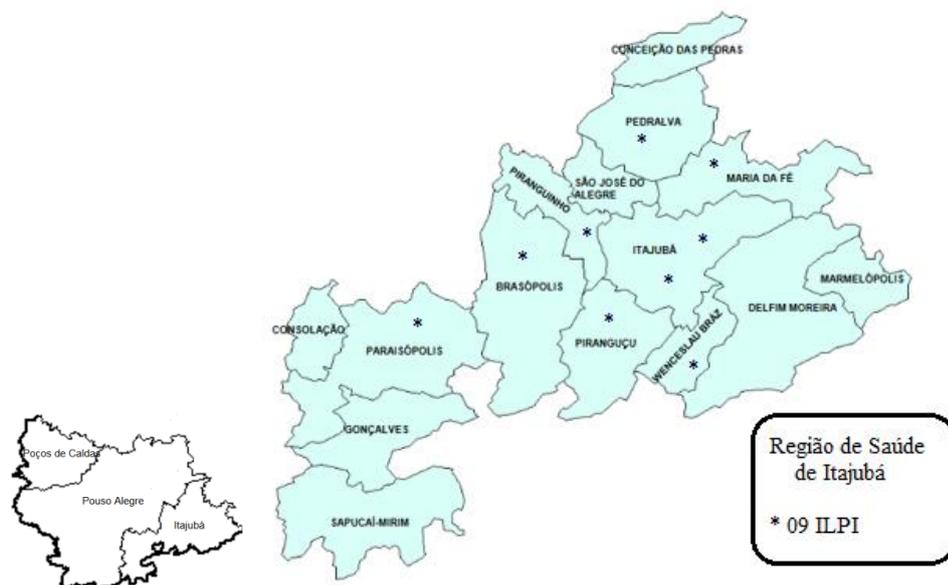


Figura 2 - Região de Saúde de Itajubá
Fonte: PDR MG

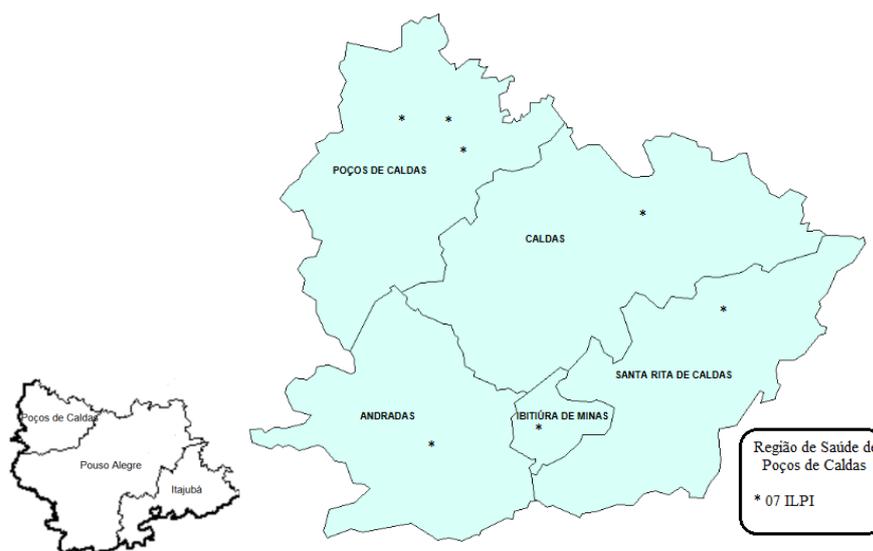


Figura 3- Região de Saúde de Poços de Caldas
Fonte:PDR MG

3.3. Critérios de elegibilidade

3.3.1 Critérios de inclusão.

Foram incluídas as instituições (ILPI) de categoria asilar localizadas na área sob jurisdição da SRS Pouso Alegre e cadastradas nas Vigilâncias Sanitárias Municipais.

3.3.2 Critérios de não inclusão

Não foram incluídos estabelecimentos cuidadores de idosos que não são de categoria asilar, os que recusaram participar da pesquisa e as instituições que não estão localizadas/cadastradas na área sob jurisdição da SRS Pouso Alegre.

3.3.3 Critério de exclusão

As instituições que aceitaram participar do trabalho e que desistiram por qualquer motivo.

3.4 Instrumento coleta de dados

O instrumento deste estudo foi o “Roteiro para Inspeção Sanitária em Instituições de Longa Permanência para Idosos”, de domínio público, que é utilizado pelas Vigilâncias Sanitárias Estadual e Municipal nas inspeções sanitárias. Está em conformidade com Resolução de Diretoria Colegiada nº 283 de 26 de setembro de 2005 (RDC 283/05), que aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Este roteiro está constituído pelas seções: organização; recursos humanos; processos operacionais; saúde, doenças de notificação compulsória, monitoramento e avaliação do funcionamento da instituição, assistência farmacêutica, reabilitação, alimentação, processamento e guarda de roupa, limpeza, infra estrutura física geral, serviço de nutrição e dietética, sala de utilidade e expurgo, vestiário e banheiros para funcionários, abrigo para resíduos sólidos, lavanderia, área de atividades para residentes com grau de dependência I e II, atividades administrativas e central de material esterilizado. O roteiro abrange todas as áreas da instituição asilar e contém 220 (duzentas e vinte) questões fechadas (Anexo A).

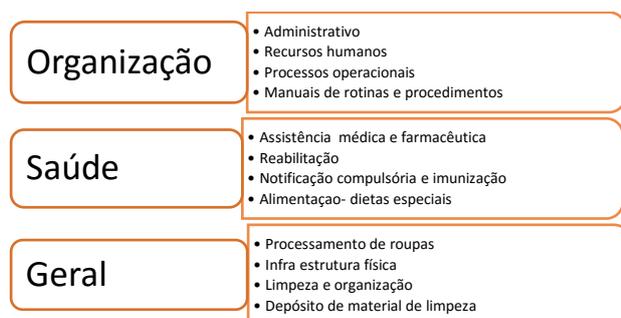


Figura 4 - Divisões do instrumento de pesquisa

3.5 Coleta de dados

O procedimento utilizado para a efetivação do trabalho foi a entrevista, realizada após contato telefônico com o responsável pelo estabelecimento. Neste primeiro contato foi explicado o objetivo da pesquisa, e de que seria aplicado o roteiro para Inspeção Sanitária em ILPI usado pela VISA. Foram informados da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Univás, da necessidade de assinar a Autorização (Apêndice B) pelo responsável da ILPI para que fosse realizada a pesquisa, que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), seria assinado pelo funcionário indicado para responder o questionário.

A ILPI foi informada de que não seria alvo de nenhuma punição/retaliação caso se recusasse a participar do estudo. Foi respeitada a autonomia e a garantia da desistência de participação a qualquer momento.

Para o agendamento da entrevista priorizava para o mesmo dia, os municípios próximos, uma maneira de facilitar e agilizar o trabalho. Com cópias do material de pesquisa (roteiro, autorização e TCLE), seguia para a ILPI do município programado. As viagens foram realizadas em veículo próprio, no período de férias e de segunda a sexta feira. As entrevistas duravam em média 1 hora.

As perguntas, do tipo fechada, foram lidas uma a uma e a resposta registrada. Quando necessário, para melhor entendimento, a pergunta foi repetida. O entrevistador não explicou ao entrevistado o significado das perguntas para não influenciar as respostas.



Figura 5 –Coleta de dados

3.6 Manuseio dos dados obtidos

Após as entrevistas, as respostas obtidas foram tabuladas em planilha do Microsoft Excel para construção do banco de dados.

Os resultados dos questionários foram confrontados com a RDC 283/05, que regulamenta o assunto para verificar se as instituições asilares cumprem ou não os requisitos definidos pela legislação.

3.7 Análises dos dados

A análise descritiva foi realizada apresentando resultados referentes a variáveis categóricas por meio de proporções. Já para aqueles relacionados a variáveis quantitativas, contínuas ou discretas, foram utilizadas as medidas de tendência central (média e mediana), assim como medidas de dispersão (desvio padrão, amplitude).

3.8 Procedimentos éticos

O presente estudo respeitou a normatização da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS) com o Número do Parecer 2.888.164 e CAAE 96611318.0.0000.5102.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e o responsável pela ILPI, a Autorização para realização da pesquisa. Os estabelecimentos participaram voluntariamente, sendo facultada a retirada do estudo a qualquer momento. Respeitado o anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas pelos estabelecimentos.

4 RESULTADOS

Estão cadastradas 40 ILPI nas Vigilâncias Sanitárias Municipais na região pesquisada e 04 delas não aceitaram participar da estudo. Será apresentado o resultado dos 36 estabelecimentos que concordaram fazer parte da pesquisa. Estes resultados estão confrontados com a RDC 283/05, que estabelece os padrões mínimos de funcionamento das instituições asilares, para verificar o cumprimento ou não destes requisitos.

Os itens que compõe o instrumento de pesquisa são classificados como imprescindíveis ou recomendáveis, conforme a legislação que regulamenta este tipo de estabelecimento e a especificação no roteiro.

Na Tabela 1, observamos que a documentação das instituições estão organizadas e atualizadas, todas estão legalmente constituídas e estes documentos são de fácil acesso conforme a informação fornecida pelo entrevistado. Com exceção do item “Responsável Técnico (RT) ser da área da saúde” que é uma recomendação, todos os outros são considerados imprescindíveis. As instituições asilares são consideradas estabelecimentos de interesse à saúde que, direta ou indiretamente, podem provocar danos ou agravos à saúde da população.

O contrato formal de prestação de serviço entre o idoso e a instituição asilar também é uma exigência do Estatuto do Idoso, onde é especificado o tipo de serviço prestado, os direitos e as obrigações da entidade, dos internos e/ou seus curadores e todas as instituições afirmaram possuir este documento.

Tabela 1 - Documentação apresentada pelas ILPI na região da SRS Pouso Alegre 2018 (N=36).

| Variável | N | Freq. (%) |
|--|----|-----------|
| Alvará Sanitário atualizado | 36 | 100,0 |
| Registro de Entidade Social | 36 | 100,0 |
| Estatuto Registrado | 36 | 100,0 |
| Regimento Interno | 36 | 100,0 |
| RT nível superior | 36 | 100,0 |
| RT é da área da saúde | 36 | 100,0 |
| Contrato formal de prestação de serviço | 36 | 100,0 |
| Prestação contas do disponível | 36 | 100,0 |
| Atestado de Idoneidade dos dirigentes | 36 | 100,0 |
| Possui cópia da RDC 283/05 para consulta | 36 | 100,0 |

As instituições asilares necessitam ter recursos humanos em número suficiente para o desenvolvimento adequado das atividades (Tabela 2). Na legislação não é definido o quadro de profissionais necessários, ficando para a própria instituição a categorização e a quantificação do grupo de trabalho, que na maioria das vezes é definido conforme o custo gerado.

Nas instituições pesquisadas, o enfermeiro é responsável pela coordenação técnica e a realização das atividades desenvolvidas em 86,1% das instituições.

A maioria dos funcionários da área administrativa é composta por voluntários que fazem parte da diretoria, com os devidos termos de voluntariado assinado e todas as instituições afirmaram ter este funcionário. Os profissionais de serviços gerais, lavanderia e auxiliar de cozinha, em algumas instituições, exercem as três atividades em momentos distintos, auxiliando onde há necessidade. Uma das instituições informou que não possui cuidador de idosos, função exercida pelo setor da enfermagem e que possuem o curso de cuidador.

O cuidador de idosos, tem como principal função facilitar a vida do idoso que necessita de cuidados, como auxílio para cumprir pequenas atividades básicas do dia a dia ou, até mesmo, ser uma companhia. O trabalho envolve acompanhar, dar remédios, fazer e servir suas refeições, cuidar do bem-estar, saúde, higiene e lazer e também auxiliá-los no dia-a-dia, permitindo que ele continue a realizar as tarefas que ainda é capaz de fazer.

Os profissionais médicos, dentistas e farmacêuticos são voluntários, prestam atendimento programados e/ou quando são solicitados. Somente uma das instituições informou ter atendimento odontológico. O atendimento farmacêutico é prestado pela Secretaria Municipal de Saúde como orientação para organização dos medicamentos na instituição.

Tabela 2 - Recursos Humanos nas ILPI na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36)

| Variável | | N | Freq(%) |
|------------------------------|-----|----|---------|
| Administrativos | Sim | 36 | 100,0 |
| Auxiliar /técnico enfermagem | Sim | 36 | 100,0 |
| Cuidadores de idosos | Sim | 35 | 97,2 |
| | Não | 01 | 02,8 |
| Serviços gerais | Sim | 36 | 100,0 |
| Cozinheiros | Sim | 36 | 100,0 |
| Lavanderia | Sim | 36 | 100,0 |
| Auxiliar de cozinha | Sim | 20 | 55,6 |
| | Não | 16 | 44,4 |
| Dentista | Sim | 01 | 02,8 |
| | Não | 35 | 97,2 |
| Farmacêutico | Sim | 06 | 16,7 |
| | Não | 30 | 83,3 |
| Enfermeiro | Sim | 31 | 86,1 |
| | Não | 05 | 13,9 |
| Assistente Social | Sim | 09 | 25,0 |
| | Não | 27 | 75,0 |
| Nutricionista | Sim | 20 | 55,6 |
| | Não | 16 | 44,4 |
| Médico | Sim | 08 | 22,2 |
| | Não | 28 | 77,8 |
| Fisioterapeuta | Sim | 11 | 30,6 |
| | Não | 25 | 69,4 |

A Tabela 3 mostra que o profissional de reabilitação mais presente nas instituições é o fisioterapeuta com 55,4%, seguido do psicólogo com 38,9%. A grande maioria dos procedimentos é realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O atendimento do terapeuta ocupacional e do fonoaudiólogo representa um percentual muito pequeno das instituições, 13,9% e 11,1% respectivamente.

Os assistentes sociais e os fisioterapeutas são funcionários públicos municipais e prestam atendimento aos pacientes na instituição asilar, mediante disponibilidade de agenda.

Tabela 3 -Profissionais que prestam atendimento de reabilitação nas ILPI com vínculo com a instituição, contratados pela família ou com atendimento pelo SUS na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36).

| Variável | | N | Freq. (%) |
|-----------------------|-----|----|-----------|
| Fisioterapeuta | Sim | 20 | 55,6 |
| | Não | 16 | 44,4 |
| Terapeuta ocupacional | Sim | 05 | 13,9 |
| | Não | 31 | 86,1 |
| Fonoaudiólogo | Sim | 04 | 11,1 |
| | Não | 32 | 88,9 |
| Psicólogo | Sim | 14 | 38,9 |
| | Não | 22 | 61,1 |
| SUS | Sim | 33 | 91,7 |
| | Não | 03 | 8,3 |

A partir dos dados da Tabela 4, observamos que o número de profissionais necessários para prestar um atendimento qualificado ao idoso institucionalizado não está em conformidade com a legislação. Somente 36,1% das instituições trabalham com cuidador suficiente para idosos com grau de dependência I, 33,3% para grau de dependência II, e 30,6% para grau de dependência III.

O papel do cuidador não é somente o de acompanhante nas atividades diárias dos idosos, sejam eles saudáveis, em situação de risco ou fragilidade. A função do cuidador é assistir e/ou auxiliar nas atividades que o idoso não consegue fazer sozinho. Não faz parte da rotina do cuidador de idosos, as técnicas e procedimentos identificados com as profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem.

Nesta tabela ainda observamos que somente 13,9% das instituições asilares tem um profissional com formação em nível superior, para cada 40 asilados, com a finalidade de trabalhar as atividades de lazer na instituição, com uma carga horária de 12 horas semanais. Na maioria das instituições, quando estão presentes, estes profissionais são cedidos pelo município, e com a carga horária menor que a recomendada.

O programa de educação permanente na área de gerontologia, com a finalidade de acrescentar conhecimento aos funcionários das instituições é cumprido somente em 8,3% das instituições pesquisadas. A maioria dos municípios onde estão localizadas as ILPI, são de pequeno porte, com menos de 10.000 habitantes, e não possuem profissionais da área de gerontologia tanto na rede privada quanto na pública.

Tabela 4 – Profissionais necessários para adequada atenção e cuidado aos idosos institucionalizados nas ILPI na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36).

| Variável | | N | Freq(%) |
|---|-----|----|---------|
| 01 cuidador para cada 20/fração idosos grau I por turno | Sim | 13 | 36,1 |
| | Não | 23 | 63,9 |
| 01 cuidador para cada 10 idosos/fração grau II por turno | Sim | 12 | 33,3 |
| | Não | 24 | 66,7 |
| 01 cuidador para cada 06 idosos/fração grau III por turno | Sim | 11 | 30,6 |
| | Não | 24 | 66,7 |
| | N/A | 01 | 02,8 |
| 01 profissional para atividades de lazer 12h/semanal | Sim | 05 | 13,9 |
| | Não | 31 | 86,1 |
| 01 profissional limpeza para cada 100m ² | Sim | 34 | 94,4 |
| | Não | 02 | 5,6 |
| 01 profissional alimentação para cada 20 idosos | Sim | 35 | 97,2 |
| | Não | 04 | 02,8 |
| 01 profissional lavanderia para cada 30 idosos | Sim | 32 | 88,9 |
| | Não | 04 | 11,1 |
| Programa de educação permanente em gerontologia | Sim | 03 | 08,3 |
| | Não | 33 | 91,7 |

O motivo pelo qual as famílias buscam as instituições asilares, listados na Tabela 5, em 91,7% das respostas é a falta de pessoa para cuidar, seguido pela carência financeira com 72,2%, as doenças associadas ao envelhecimento e falta de moradia própria com 69,4%. Falta de referência e abandono familiar com 55,6% e 52,8% respectivamente. Neste item foi assinalado mais de um motivo.

Algumas das instituições relataram receber pacientes portadores de doenças associadas ao envelhecimento, movido pelo caráter religioso do estabelecimento, de que é necessário acolher os necessitados.

A literatura apresenta alguns motivos que levam o idoso a buscar uma instituição asilar, podem ser: diminuição das possibilidades de cuidado familiar, ausência de condições financeiras, físicas e psicológicas para o cuidado no domicílio e o desejo do idoso em ter um espaço para morar sem perturbar seus familiares são as razões motivacionais para o asilamento (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007).

Tabela 5 – Motivos mais frequentes de institucionalização dos idosos na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36).

| Variável | | N | Freq.(%) |
|-------------------------------------|-----|----|----------|
| Carência financeira | Sim | 26 | 72,2 |
| | Não | 10 | 27,8 |
| Falta de pessoa para cuidar | Sim | 33 | 91,7 |
| | Não | 03 | 08,3 |
| Abandono familiar | Sim | 21 | 52,8 |
| | Não | 15 | 41,7 |
| Falta de moradia própria | Sim | 19 | 52,8 |
| | Não | 17 | 47,2 |
| Falta de referência familiar | Sim | 20 | 55,6 |
| | Não | 16 | 44,4 |
| Doenças associada ao envelhecimento | Sim | 25 | 69,4 |
| | Não | 17 | 30,6 |

Quando a família procura a instituição asilar para conversar sobre a possibilidade de seu familiar ser admitido na instituição, a Tabela 6 elenca os procedimentos: em 88,9% dos casos, a família recebe uma visita da instituição antes da admissão do idoso, e que 80,6% solicita algum tipo de exame laboratorial. Admitem receber idosos que necessitam de maiores atenção e cuidado, como nos casos de feridas crônicas, sonda de alimentação e oxigenoterapia.

Tabela 6 – Procedimentos que são adotados e o grau de comprometimento da saúde dos idosos quando admitidos nas instituições asilaresna região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36).

| Variável | | N | Freq. (%) |
|--|-----|----|-----------|
| A ILPI faz uma visita ao idoso antes de sua admissão | Sim | 32 | 88,9 |
| | Não | 04 | 11,1 |
| São realizados exames médicos e laboratoriais antes da admissão | Sim | 29 | 80,6 |
| | Não | 07 | 19,4 |
| São admitidas pessoas portadoras de sofrimento mental | Sim | 14 | 38,9 |
| | Não | 22 | 61,1 |
| São admitidas pessoas portadoras de sonda de alimentação | Sim | 18 | 50,0 |
| | Não | 18 | 50,0 |
| São admitidas pessoas portadoras de feridas crônicas | Sim | 20 | 55,6 |
| | Não | 16 | 44,4 |
| São admitidos idosos dependentes de oxigeno terapia ou ventilação mecânica | Sim | 16 | 44,4 |
| | Não | 20 | 55,6 |

Ao analisar a Tabela 7, observamos que as ILPI trabalham conforme preconiza o Estatuto do Idoso, uma vez que é preservada a identidade, privacidade e respeito do idoso. Estão abertas a visitas, estabelecem vínculos entre os familiares e os

residentes e participam das atividades comunitárias. O estudo social e pessoal do idoso é realizado em 88,9% das instituições, 99,4% tem equipamentos de auto ajuda em quantidade suficiente, e 97,2% comunica ao Ministério Público as situações de abandono dos familiares.

Tabela 7 – Organização do trabalho nas ILPI na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36).

| Variável | | N | Freq(%) |
|--|-----|----|---------|
| Plano de trabalho compatível com o Estatuto do Idoso | Sim | 36 | 100,0 |
| Liberdade de credo, ir e vir | Sim | 36 | 100,0 |
| Preserva identidade e privacidade idoso, respeito e dignidade | Sim | 36 | 100,0 |
| Promove convivência entre os residentes | Sim | 36 | 100,0 |
| Estabelece vínculo entre os familiares | Sim | 36 | 100,0 |
| Idoso participa de atividades comunitárias interna e externa | Sim | 36 | 100,0 |
| Entidade aberta a visitas | Sim | 36 | 100,0 |
| Idoso mantido na mesma instituição | Sim | 36 | 100,0 |
| Instituição realiza estudo social e pessoal de cada idoso e registra | Sim | 32 | 88,9 |
| | Não | 04 | 11,1 |
| Existe prontuário de admissão individuais com registro dos dados | Sim | 36 | 100,0 |
| Comunica ao Ministério Público situação de abandono | Sim | 35 | 97,2 |
| | Não | 01 | 02,8 |
| Instalações diferenciadas de acordo com grau de dependência | Sim | 32 | 88,9 |
| | Não | 04 | 11,1 |
| Tem equipamento de auto ajuda suficiente | Sim | 34 | 94,4 |
| | Não | 02 | 05,6 |
| Atividades realizadas são planejadas em parceria com os residentes | Sim | 33 | 91,7 |
| | Não | 03 | 08,3 |

A assistência médica prestada aos institucionalizados está registrada nas Tabelas 8 e 9, onde verificamos que o atendimento é realizado pela Estratégia de Saúde da Família em 83,3%. Os prontuários médicos são individualizados em 97,2%.

O Plano de Ação Integral a Saúde do Idoso foi realizado somente em 11,1% das instituições.

Tabela 8- Processos operacionais no cuidado à saúde dos idosos institucionalizado planejados em parceria com as Secretaria Municipal de Saúde e as ILPI na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36)

| Variável | | N | Freq (%) |
|--|-----|----|----------|
| Elabora a cada dois anos o Plano de Ação Integral a saúde do idoso | Sim | 04 | 11,1 |
| | Não | 32 | 88,9 |
| O Plano indica os recursos de saúde disponível, seja público ou privado | Sim | 04 | 11,1 |
| | Não | 32 | 88,9 |
| O Plano aborda aspectos de promoção, proteção e prevenção a saúde | Sim | 04 | 11,1 |
| | Não | 32 | 88,9 |
| Plano com informações das patologias incidentes/prevalentes nos residentes | Sim | 04 | 11,1 |
| | Não | 32 | 88,9 |
| A instituição comprova a vacinação obrigatória nos residentes | Sim | 36 | 100,0 |
| Dispõe de rotinas e procedimentos referente aos cuidados com os idosos | Sim | 17 | 47,2 |
| | Não | 19 | 52,8 |

Tabela 9–Organização dos serviços médicos prestados nas instituições asilares, consultórios médicos e Unidades de Atenção Primária a Saúde na região da SRS Pouso Alegre - 2018(N=36).

| Variável | | N | Freq.(%) | |
|--|------------|-----|----------|------|
| Prontuário médico | Sim | 35 | 97,2 | |
| | Não | 01 | 02,8 | |
| Relatório médico mensal | Sim | 32 | 88,9 | |
| | Não | 03 | 08,3 | |
| | N/A | 01 | 02,8 | |
| Vínculo do médico com a instituição | Voluntário | Sim | 07 | 19,4 |
| | | Não | 29 | 80,6 |
| | Contrato | Sim | 08 | 22,2 |
| | | Não | 28 | 78,8 |
| | PSF | Sim | 30 | 83,3 |
| | | Não | 06 | 16,7 |
| Visita médica regular | Semanal | 17 | 47,2 | |
| | Quinzenal | 17 | 47,2 | |
| | Mensal | 02 | 05,6 | |
| Relação com a unidade básica de referência | Sim | 34 | 94,4 | |
| | Não | 02 | 05,6 | |
| Possui normas e rotinas técnicas, por escrito sobre controle de infecção | Sim | 10 | 27,8 | |
| | Não | 26 | 72,2 | |

Os atendimentos de urgência/emergência disponibilizados aos idosos institucionalizados fazem parte da rede de assistência à saúde dos municípios. A Tabela 10 registra que a Estratégia de Saúde da Família atende 83,3% da demanda e

somente 5,6% tem plano de saúde. O atendimento hospitalar é mais frequente fora do município porque a maioria das cidades não oferece este tipo de serviço de saúde.

Tabela 10 - Hospitais e/ou serviços de saúde para onde são encaminhados os residentes em caso de urgência/emergência e consultas médicas na região da SRS Pouso Alegre - 2018(N=36).

| Variável | | N | Freq. % |
|--------------------------------|-----|----|---------|
| Centro de saúde | Sim | 29 | 80,6 |
| | Não | 07 | 19,4 |
| Hospital do município | Sim | 23 | 63,9 |
| | Não | 13 | 36,1 |
| Médico contratado pela família | Sim | 04 | 11,1 |
| | Não | 32 | 88,9 |
| Unidade de saúde/Médico da ESF | Sim | 30 | 83,3 |
| | Não | 06 | 16,7 |
| Hospital fora do município | Sim | 29 | 80,6 |
| | Não | 07 | 19,4 |
| Médico próprio da unidade | Sim | 02 | 05,6 |
| | Não | 34 | 94,4 |

A assistência farmacêutica registra na Tabela 11 que a maioria das instituições, 94,4%, adquire os medicamentos no Sistema Único de Saúde, e 52,8% relataram que receberam orientação do farmacêutico da Secretaria Municipal de Saúde sobre os cuidados e armazenamento dos medicamentos na unidade. A responsabilidade pelos medicamentos é do RT da instituição, e não é permitido medicamento sem prescrição médica.

Tabela 11 – Assistência farmacêutica e aquisição de medicamentos pelas ILPI na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36).

| Variável | | N | Freq.(%) |
|---|-----|----|----------|
| Doação | Sim | 22 | 61,1 |
| | Não | 14 | 38,9 |
| Aquisição | Sim | 35 | 97,2 |
| | Não | 01 | 02,8 |
| SES/SMS | Sim | 34 | 94,4 |
| | Não | 02 | 05,6 |
| Recebeu orientação de farmacêutico sobre cuidados com os medicamentos | Sim | 19 | 52,8 |
| | Não | 17 | 47,2 |
| Os medicamentos armazenados adequadamente | Sim | 35 | 97,2 |
| | Não | 01 | 02,8 |

As atividades que são oferecidas para o lazer dos idosos institucionalizados estão registradas na Tabela 12, algumas das instituições marcaram mais de uma alternativa nas variáveis listadas. A atividade ocupacional como a pintura, é oferecida em 55,6% das instituições, por profissional cedido pelo município e não são realizadas diariamente.

A religiosidade nas instituições tem uma forte presença da igreja católica, com missas que são oferecidas semanalmente em 94,4% dos estabelecimentos. Nas atividades recreativas de lazer e cultura, os passeios em sítios, parques, romarias e cidades turísticas estão presentes em 77,8% das instituições. Ir ao cinema ou ao teatro não é rotina para os asilados. As festividades de páscoa e aniversário são comemoradas em 100% das instituições. Como atividade esportiva, 58,3% caminham acompanhados pelas cuidadoras no espaço de deambulação/solário existente na instituição.

Em uma das instituições, privada, com número pequeno de vagas e recebe somente pessoas independentes, relatou que o período das festas de final de ano, os idosos passam com os familiares.

Tabela 12- Atividades de lazer nas ILPI da região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36).

| Variáveis | | N | Freq.% |
|---------------------------|-----|----|--------|
| Ocupacionais | | | |
| Bordado | Sim | 11 | 30,6 |
| | Não | 25 | 69,4 |
| Pintura | Sim | 20 | 55,6 |
| | Não | 16 | 44,5 |
| Tapeçaria | Sim | 10 | 27,8 |
| | Não | 26 | 72,2 |
| Religiosas | | | |
| Missa | Sim | 34 | 94,4 |
| | Não | 02 | 05,6 |
| Culto | Sim | 20 | 55,6 |
| | Não | 16 | 44,4 |
| Recreativas/ Lazer | | | |
| Passeio | Sim | 28 | 77,8 |
| | Não | 08 | 22,2 |
| Bailes | Sim | 16 | 44,4 |
| | Não | 20 | 55,6 |
| Cinema | Sim | 09 | 25,0 |
| | Não | 27 | 75,0 |
| Teatro | Sim | 03 | 08,4 |
| | Não | 33 | 91,7 |
| Música | Sim | 23 | 63,9 |
| | Não | 13 | 36,1 |
| Festas | | | |
| Natal | Sim | 35 | 97,2 |
| | Não | 01 | 02,8 |
| Páscoa | Sim | 36 | 100,0 |
| Aniversário | Sim | 36 | 100,0 |
| Festa junina | Sim | 35 | 97,2 |
| | Não | 01 | 02,8 |
| Esportivas | | | |
| Caminhadas | Sim | 21 | 58,3 |
| | Não | 15 | 41,7 |
| Ginástica | Sim | 10 | 27,8 |
| | Não | 26 | 72,2 |

A Tabela 13, com os itens de verificação da área de nutrição e dietética, demonstra que 33% das instituições tem normas e rotinas impressas e disponíveis para os funcionários. Seguem a regulamentação da área com as bancadas com pias separadas para processamento de carnes e verduras em 91,7%, com área setorizada para recepção de gêneros alimentícios em 97,2%. O quantitativo de funcionários da cozinha que fizeram o curso de manipuladores de alimentos é de 83,3%. Com cardápio de dietas especiais, encontramos 83,3%, e 86,1% com o cardápio orientado por nutricionista. Para higienização das mãos no refeitório 63,9% das instituições disponibilizam lavabo, sabão líquido e papel toalha.

Tabela 13 – Itens verificados no setor de Nutrição e dietética nas instituições asilares na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36).

| Variável | | N | Freq. (%) |
|---|-----|----|-----------|
| Instituição mantém normas e rotinas disponível | Sim | 33 | 91,7 |
| | Não | 03 | 8,3 |
| Manipuladores de alimentos estão capacitados | Sim | 30 | 83,3 |
| | Não | 06 | 16,7 |
| Cardápio orientado por nutricionista | Sim | 31 | 86,1 |
| | Não | 05 | 13,9 |
| Possui cardápio de dietas especiais | Sim | 30 | 83,3 |
| | Não | 06 | 16,7 |
| Refeitório com lavatório para higienização das mão | Sim | 23 | 63,9 |
| | Não | 13 | 36,1 |
| Área setorizada para recepção de gêneros alimentícios | Sim | 35 | 97,2 |
| | Não | 01 | 02,8 |
| Área para armazenamento dos alimentos | Sim | 36 | 100,0 |
| Janelas da área de manipulação estão teladas | Sim | 28 | 77,8 |
| | Não | 08 | 22,2 |
| Bancadas com pias separadas para carnes/verduras | Sim | 33 | 91,7 |
| | Não | 03 | 08,3 |

Toda construção, reforma ou adaptação da estrutura física das instituições precisa do projeto arquitetônico aprovado pela Vigilância Sanitária. Na Tabela 14 verificamos que 27,8% cumpre este requisito. O Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) ou o protocolo de solicitação de vistoria, foi apresentado por

52,8% das instituições, e 78,2% estavam com os extintores de incêndio em pontos estratégicos e no prazo de validade.

Uma obrigatoriedade presente no Estatuto do Idoso é a placa de identificação, que não estava afixada em 5,6% das instituições, foram retiradas e encaminhadas para manutenção.

Tabela 14 – Itens de verificação em relação ao imóvel, projeto arquitetônico e segurança de combate a incêndio das IPLI na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36).

| Variável | | N | Freq.(%) |
|--|---------|----|----------|
| Situação legal do imóvel | Alugado | 02 | 05,6 |
| | Próprio | 29 | 80,6 |
| | Cedido | 05 | 13,9 |
| Placa de identificação conforme o Estatuto do Idoso | Sim | 34 | 94,4 |
| | Não | 02 | 05,6 |
| Projeto arquitetônico aprovado pela VISA | Sim | 10 | 27,8 |
| | Não | 26 | 72,2 |
| Projeto aprovado/em processo de aprovação pelo Corpo de Bombeiros (AVCB) | Sim | 19 | 52,8 |
| | Não | 17 | 47,2 |
| Extintor de incêndio em pontos estratégicos e no prazo de validade | Sim | 26 | 72,2 |
| | Não | 10 | 27,8 |
| Construção horizontal | Sim | 21 | 58,3 |
| | Não | 15 | 41,7 |
| Terreno apresenta desnível | Sim | 22 | 61,1 |
| | Não | 14 | 38,9 |
| Tem rampas para facilitar acesso e movimentação | Sim | 22 | 61,1 |
| | N/A | 14 | 38,9 |
| Rampas com pisos externos e internos ante derrapante | Sim | 22 | 61,1 |
| | N/A | 14 | 38,9 |

Quanto aos itens do roteiro de inspeção sobre os dormitórios das instituições, a Tabela 15 nos mostra que 77,8% estão alojados em quartos para 04 idosos, separados por sexo e em 16,7% os quartos são individuais. As barras de apoio nos banheiros são encontradas em 97,2% das instituições, mas somente 22,2% tem a campainha e luz de vigília para situações de emergência. As portas dos banheiros abrem em sentido de fuga em 13,9% dos sanitários.

Tabela 15 – Itens de atendimento específicos e exigências para a estrutura física das ILPI na região da SRS Pouso Alegre – 2018(N=36).

| Variável | | N | Freq.(%) |
|--|-----|----|----------|
| Portas internas e externas com 1,10m, com travamento simples | Sim | 18 | 50,0 |
| | Não | 18 | 50,0 |
| Portas internas e externas possuem maçanetas de alavanca | Sim | 34 | 94,4 |
| | Não | 02 | 05,6 |
| Dormitórios separados por sexo para no máximo 04 pessoas | Sim | 28 | 77,8 |
| | Não | 02 | 05,6 |
| | N/A | 06 | 16,7 |
| Dormitórios com botão de campainha e luz de vigília ao lado dos leitos | Sim | 05 | 13,9 |
| | Não | 31 | 86,1 |
| Dormitórios com armário, mesa de cabeceira para guardas objetos pessoais | Sim | 29 | 80,6 |
| | Não | 07 | 19,4 |
| Banheiros coletivos anexo aos quartos separados por sexo | Sim | 11 | 30,6 |
| | Não | 25 | 69,4 |
| Banheiros com lavatório com barra de apoio | Sim | 35 | 97,2 |
| | Não | 01 | 02,8 |
| Banheiros com luz de vigília e campainha | Sim | 08 | 22,2 |
| | Não | 28 | 77,8 |
| Banheiro com porta de acesso abrindo no sentido de fuga | Sim | 05 | 13,9 |
| | Não | 31 | 86,1 |

As instituições devem oferecer infra estrutura física com acessibilidade e mobilidade adequada aos portadores de necessidades especiais, que são exigidas por normas específicas, devendo ser dotados de rampas para facilitar o acesso. A Tabela 16, registra que em 41,7% das unidades asilares as rampas de acesso externo, e 30,6% das rampas de acesso interno, foram construídas conforme as normas técnicas.

Um ambiente com acessibilidade atende, diferentemente, uma variedade de necessidades dos usuários, tornando possível uma maior autonomia e independência, além de favorecer o convívio social.

Tabela 16 – ILPI com estrutura física, mobilidade e acessibilidade aos portadores de necessidades especiais na região da SRS Pouso Alegre - 2018 (N=36).

| Variável | | N | Freq.(%) |
|--|-----|----|----------|
| Rampas externas possuem largura mínima conforme NBR 9050 | Sim | 15 | 41,7 |
| | Não | 07 | 19,4 |
| | N/A | 14 | 38,9 |
| Rampas externas possuem guarda corpo em ambos os lados | Sim | 11 | 30,6 |
| | Não | 11 | 30,6 |
| | N/A | 14 | 38,9 |
| Rampas acesso interno segue especificação da NBR 9050 | Sim | 11 | 30,6 |
| | Não | 25 | 69,4 |
| Rampas acesso interno possuem corrimão com altura recomendada | Sim | 07 | 19,4 |
| | Não | 04 | 11,2 |
| | N/A | 25 | 69,4 |
| Circulação interna principal tem luz de vigília | Sim | 25 | 69,4 |
| | Não | 11 | 30,6 |
| Circulação interna principal tem corrimão com altura adequada | Sim | 20 | 55,6 |
| | Não | 16 | 44,4 |
| Inexistência de obstáculo na circulação interna principal (bancos, vasos ,etc) | Sim | 28 | 77,8 |
| | Não | 08 | 22,2 |
| Existe rampas onde há mudança de nível entre dois ambientes | Sim | 11 | 30,6 |
| | Não | 25 | 69,4 |
| Possui escada de circulação vertical | Sim | 08 | 22,2 |
| | Não | 28 | 77,8 |
| Escada de circulação vertical possui guarda corpo e corrimão | Sim | 08 | 22,2 |
| | Não | 28 | 77,8 |
| Escada de circulação vertical possui barreira de contenção | Sim | 08 | 22,2 |
| | Não | 28 | 77,8 |
| Possui elevador em funcionamento | Sim | 02 | 05,6 |
| | Não | 34 | 94,4 |

Para o processamento das roupas, mostrado na Tabela 17 que 100% das unidades possuem os equipamentos necessários para atividade. Para a secagem 83,3% das instituições utilizam também o varal externo. As roupas de cama são trocadas diariamente em 75% das unidades e “sempre quando necessário” foi citado em 100% das instituições. As normas e rotinas técnicas estavam disponíveis para consulta em 30,6%.

Tabela 17- Processamento das roupas da ILPI na região da SRS Pouso Alegre – 2018 (N=36)

| | Variável | | N | Freq(%) |
|--|------------------------------------|-----------------|-------|---------|
| Coleta das roupas para processamento | Carrinho/hamper | Sim | 25 | 69,4 |
| | | Não | 11 | 30,6 |
| | Cesto | Sim | 05 | 13,9 |
| | | Não | 31 | 86,1 |
| | | Sacos plásticos | Sim | 06 |
| | Não | 30 | 83,3 | |
| Equipamentos para processamento das roupas | Máquina de lavar | Sim | 36 | 100,0 |
| | Máquina de secar(secadora) | Sim | 29 | 80,6 |
| | | Não | 07 | 19,4 |
| | Máquina para passar (calandra) | Sim | 10 | 27,8 |
| | | Não | 26 | 72,2 |
| | Varal | Sim | 30 | 83,3 |
| | | Não | 06 | 16,7 |
| Ferro | Sim | 26 | 72,2 | |
| | Não | 10 | 27,8 | |
| | Produto utilizado no processamento | Sabão em pó | Sim | 14 |
| Não | | | 22 | 61,1 |
| Desinfetantes | | Sim | 33 | 91,7 |
| | | Não | 03 | 08,3 |
| Água sanitária | | Sim | 07 | 19,4 |
| | Não | 29 | 80,6 | |
| Produtos com registro na ANVISA | Sim | 36 | 100,0 | |
| Troca das roupas de cama | Diária | Sim | 27 | 75,0 |
| | | Não | 09 | 25,0 |
| | Semanal | Sim | 09 | 25,0 |
| | | Não | 27 | 75,0 |
| | Quando necessário | Sim | 36 | 100,0 |
| Normas e rotinas técnicas disponíveis | Sim | 11 | 30,6 | |
| | Não | 25 | 69,4 | |
| Equipamentos em bom estado de conservação | Sim | 35 | 97,2 | |
| | Não | 01 | 02,8 | |
| Lavanderia setorizada | Sim | 25 | 69,4 | |
| | Não | 11 | 30,6 | |

O levantamento dos dados da população institucionalizada na Tabela 18, mostra que prevalece o sexo feminino com a média de 19,50 (DP=11,158), como já é registrado na literatura. Sobre a dependência dos idosos registra que o grau de dependência II e III com média de 14,50 (DP=11,888) tem maior incidência. Ainda é muito frequente a institucionalização de menores de 60, com média de 2,00 (DP=3,182).

Tabela 18 - Vagas existentes e a população institucionalizada na região da SRS Pouso Alegre quanto a idade, sexo e grau de dependência - 2018 (N=36).

| Variável | Média | Mediana | Desvio padrão |
|--|-------|---------|---------------|
| Número de vagas para homens | 23,89 | 20,00 | 13,773 |
| Número de vagas para mulheres | 21,89 | 19,50 | 11,158 |
| Número de homens institucionalizados | 19,97 | 17,50 | 12,736 |
| Número de mulheres institucionalizados | 21,89 | 19,50 | 11,158 |
| Idosos com grau de dependência I | 16,31 | 13,50 | 10,623 |
| Idoso com grau de dependência II | 17,39 | 14,50 | 11,888 |
| Idosos com grau de dependência III | 17,39 | 14,50 | 11,888 |
| ILPI que abriga <60 anos | 01,69 | 02,00 | 00,467 |

5 DISCUSSÃO

A alternativa mais antiga para o cuidado da população envelhecida é a Instituição de Longa Permanência para Idosos, culturalmente não é uma prática bem aceita. Estas instituições são vistas com preconceito e resistência, são chamadas de “depósitos de velhos” ou “um lugar para morrer” (NOVAES, 2003), mas a demanda por esta modalidade de cuidados aumenta com o envelhecimento da população e com a diminuição da oferta dos cuidadores familiares (CAMARANO, 2010).

Camarano (2007a) diz que “quando as famílias se tornam menos disponíveis para cuidar de seus membros dependentes, o Estado e o mercado privado terão de se preparar para atendê-los”. A legislação brasileira estabelece que a família é a principal responsável pelo cuidado do idoso, isto está registrado na Constituição Federal, no Estatuto do Idoso e na Política Nacional do Idoso.

A Vigilância Sanitária (VISA), segundo Lucchese (2006), uma das competências do Sistema Único de Saúde, organizada no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, presente em todo território nacional e tem a função de eliminar ou reduzir o risco sanitário, estabelecendo normas e padrões para serem cumpridos em todas as ações de interesse à saúde. A VISA é um espaço de intervenção do Estado no exercício da cidadania e do controle social.

A fiscalização abriu as portas para um universo de pessoas esquecidas, no caso os idosos institucionalizados. O que se observa, apesar do trabalho educativo e da regulação, é que ainda são verificadas situações inaceitáveis de negligência e de abandono em algumas instituições.

A RDC 283/05, norma da VISA define que ILPI são “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania”, são domicílios coletivos que oferecem moradia, cuidados e serviços básicos de saúde e estabelece os critérios para funcionamento. As instituições brasileiras não constituem residência apenas para idosos, ainda que legalmente devam ser, nelas foram encontradas pessoas não idosas numa média de 2,00 (DP=3,182) de idosos menores de 60 residindo nas unidades (Tabela18). A direção da instituição justifica que foram encaminhados por ordem judicial, ou quando a diretoria atual assumiu eles já estavam na instituição há muitos anos e que não possuem referência familiar.

Conforme a legislação mencionada anteriormente, o responsável técnico (RT) é um item imprescindível para funcionamento das instituições asilares e deve possuir formação de nível superior, em qualquer área. Esta exigência é cumprida por todos os estabelecimentos participantes da pesquisa, conforme registro mostrado na Tabela 1. O RT responde perante a VISA por todas as atividades/ações realizadas nas IPLI e é o responsável pelo funcionamento da instituição.

Ao analisar a Tabela 4, considerando a quantidade de idosos, observamos que o quantitativo de cuidadores é insuficiente para a assistência ininterrupta nas 24 horas do dia sem incorrer em sobrecarga de trabalho evidenciado a fragilidade e o comprometimento da assistência. As instituições devem dispor de cuidadores de idosos com carga horária de acordo com o número de residentes e o grau de dependência. Estes dados são semelhantes aos de outros estudos (RIBEIRO, 2009), que registraram também a duplicidade de funções entre cuidadores e outros profissionais, interferindo na qualidade dos serviços oferecidos e prejudicando o atendimento da população asilada e mais vulnerável.

Outro agravante é a precariedade na prestação de cuidados aos idosos devido à formação técnica inadequada, e é comum funcionários sem a devida formação de cuidador exercendo a função. Em muitas instituições o desvio de funções dos cuidadores que auxiliam em tarefas alheias, como preparo de alimentos e na limpeza. Diante disto, pode-se afirmar que os idosos estão expostos ao risco de receberem um cuidado sem qualificação e com potencial para incorrer em agravos (ALVES, 2017).

Simões (2010), relata que os maus tratos ocorrem quando os profissionais não estão preparados para o trabalho ou são em número insuficiente. Esta situação pode ser modificada com a capacitação dos cuidadores, consciência sobre os direitos dos idosos e uma reflexão sobre as normas fundamentais do cuidar. A questão dos recursos humanos é muito crítica, segundo Camarano (2010), a falta de profissionalismo das equipes, a fragilidade da administração e a inconstância dos profissionais voluntários comprometem o cuidado e colocam o idoso numa situação de vulnerabilidade.

O grau de dependência física dos idosos é uma variável importante segundo Camarano (2010), na avaliação do serviço prestado (Tabelas 2, 3 e 4). A instituição asilar deveria oferecer aos idosos independentes (grau I), atividades que estimulassem a participação social, atividades de lazer, leitura, teatro e também

promover a autonomia e/ou retardar o aparecimento de incapacidades, estimulando a integração social entre os residentes (CAMARANO, 2010). Para os idosos mais fragilizados (grau II e III), uma oferta de serviços de saúde mais complexo como a reabilitação traria mais dignidade e inclusão social.

As instituições asilares dependem do atendimento médico prestado pelo SUS (Tabela 3), e deveriam ser atendidas nas suas necessidades de saúde através de políticas efetivas. Schramm e Kotow (2005), fazem do princípio da proteção a principal ferramenta para compreender os conflitos de interesse no campo da saúde, quando não conseguem atender as demandas da população, levando ao aumento das desigualdades sociais e a fragilização de uma população desassistida e vulnerada.

O bem estar dos idosos não depende somente das relações pessoais e de cuidados oferecidos pelos profissionais ou familiares. Baseia-se também em políticas públicas para que seus direitos sejam assegurados nos programas de promoção da saúde para manter a capacidade funcional, na preservação da autonomia e em uma participação efetiva na sociedade (SIMÕES, 2010).

O critério para acolhimento do residente é específico de cada instituição. Algumas recebem pacientes com a saúde comprometida (Tabela 6), fruto do cunho religioso, baseado na compaixão e na caridade, situação na qual os idosos são acolhidos mesmo quando a unidade não está capacitada para cuidar, lembrando o início das instituições asilares, quando o Papa Pelágio II (520-590) fez da sua residência um hospital para os velhos (ALCÂNTARA, 2004).

Lazer é um meio de socialização, de saúde e de qualidade de vida, mas apenas 5 instituições (Tabela 12) apresentaram um profissional para desenvolver estas atividades. A atividade física produz efeitos positivos na capacidade cognitiva geral dos idosos e estudos mostram que poucos idosos praticam regularmente alguma atividade física (TAVARES, 2009). A caminhada foi a atividade esportiva mais praticada nas instituições (58,3%), apesar do baixo custo para a prática, não havia o incentivo para o exercício, justificado pela necessidade de espaços adequados, falta de acessibilidade e debilidade física dos idosos.

As instituições devem ser sensibilizadas para desenvolver programas que estimulem práticas de atividades cognitivas regulares e ampliem as atividades de lazer. Segundo Alves (2016), uma pesquisa realizada em uma ILPI da Itália revelou a importância das atividades sócio culturais para idosos institucionalizados. O autor destaca que essas atividades não são um simples passatempo, uma vez que favorecem

a socialização dos moradores, mantendo ativa sua capacidade mental, de expressão e de orientação no tempo e espaço, possibilitando a participação ativa no ambiente.

A prática do cuidado exige uma abordagem global e interdisciplinar, para isso, é necessário preparar os profissionais da saúde que estão envolvidos. A ILPI deve promover atividades de educação continuada na área de Gerontologia e a pesquisa apenas 3 instituições 8,3% (Tabela 4) relataram ter o programa de educação permanente. O profissional deve ser preparado para reconhecer no idoso a potencialidade para o auto cuidado e a importância de preservar sua autonomia. Este é mais um item considerado prioritário pela RDC 283/05 e negligenciado pelas instituições.

O motivo que levou a institucionalização do idoso foi a “falta de pessoa para cuidar” e “carência financeira”, mostrado na Tabela 5, segundo informações colhidas (SIC) a famílias relataram a dificuldade de cuidar do idoso por residirem em local pequeno que não comportam toda família com conforto e segurança, além dos encargos adicionais para um cuidado adequado e a saída da mulher para o mercado de trabalho, que também é provedora da família. Uma população cada vez mais envelhecida e que necessita de cuidados mais especializados retrata a carência financeira que é o outro fator de institucionalização, devido aos altos custos gerados para manter o idoso em casa, muitas vezes com necessidade de um cuidador em tempo integral.

O encaminhamento à instituição asilar pode gerar sentimentos de desamparo e abandono. Devemos considerar que os idosos de hoje fazem parte de uma geração acostumada com o acolhimento da família, a mulher como a principal cuidadora. Dessa forma a institucionalização pode significar o abandono do lugar que representa amparo e aconchego. Cortelletti (2004) retrata o sentimento do idoso:

O processo de internação numa instituição asilar representa muito mais do que simplesmente mudança de um ambiente físico para outro. Representa para o idoso a necessidade de estabelecer relações com todos os aspectos de seu novo ambiente, ajustar-se ao novo lar mais do que o lar a ele, considerar-se abandonado, ansioso e com medo da ideia de passar os últimos anos da vida num lugar estranho, em meio a desconhecidos (Cortelletti, 2004, p.19).

A organização do trabalho nas instituições (Tabela 7), demonstra que as instituições cumprem seu papel social, estão abertas a visitas dos familiares e procuram estabelecer vínculos entre as famílias e os idosos institucionalizados.

A literatura mostra que as ILPIs favorecem à ruptura dos laços sociais, o isolamento do idoso, diminuição de atividades físicas e até a completa inatividade, por problemas de saúde ou por falta de oportunidade de realizar pequenos exercícios físicos, trazendo consequências negativas para sua qualidade de vida. Perda da capacidade laborativa, não é permitido realizar pequenas tarefas, e do controle de suas finanças, não lhe é facultado o controle da sua aposentadoria, mostra a violação dos direitos humanos, um dilema moral que pode provocar sofrimento, uma questão bioética para reflexão.

As Tabelas 8, 9, 10 e 11 tratam dos itens relacionados a assistência da saúde prestada, mostram que as instituições são dependentes do sistema de saúde público para assistência médica e farmacêutica. Segundo a pesquisa, os prontuários dos pacientes ficam na unidade de saúde onde são atendidos, e nos casos de internação ou consulta especializada, segue o fluxo normal da secretaria de saúde. Dependendo da complexidade, a internação é realizada em hospital do município ou encaminhado para o de referência. Quando são atendidos na rede de saúde suplementar, o prontuário é posse do consultório de atendimento e na instituição fica registrado o atendimento de enfermagem e dos outros profissionais.

De acordo com a RDC 283/05, as instituições devem elaborar um Plano de Atenção Integral à Saúde do Idoso (Tabela 8) em articulação com o gestor de saúde local, renovado a cada dois anos, além de indicar os recursos de saúde disponíveis em cada nível de atenção. Algumas instituições fizeram o plano da ação sem a participação do setor da saúde e não contemplam todos os requisitos da legislação. Essa realidade também é descrita por outros autores, enfatizando-se a ausência de educação permanente em gerontologia (CARVALHO, 2015). Relataram também a dificuldade de acesso ao atendimento SUS para as consultas de especialidades, e que o atendimento médico quinzenal não tem resolutividade.

O setor de Nutrição e Dietética, Tabela 13, é o que está mais organizado. O Conselho Regional de Nutrição tem acompanhado o cumprimento da obrigatoriedade do profissional nutricionista nas ILPI. Na legislação sanitária não há exigência deste profissional, mas foi um ganho para os idosos onde eles estão presentes, apesar de gerar custos financeiros extras para as instituições asilares.

O nutricionista, segundo Quadros; Patrocínio (2015), é um profissional com formação generalista, capacitado para atuar visando à segurança alimentar e atenção dietética e são fundamentais para promoção, recuperação, proteção da saúde e

prevenção de doenças nos idosos institucionalizados, contribuindo para melhor qualidade de vida, uma vez que a intervenção nutricional na velhice é fundamental para o controle e prevenção de enfermidades. A avaliação nutricional nesta fase da vida é criteriosa, vários fatores como as alterações fisiológica, composição corporal e processos patológicos crônicos interferem no trabalho.

Em outro trabalho sobre nutrição, Furkim (2010) identificou grande incidência de disfagia nas instituições e as dietas, nestes casos, deveriam ser oferecidas com progressão de consistência para alguns idosos e mais restrita para outros, mostrando a necessidade de avaliação especializada da deglutição. Este problema é mais um fator que identifica a falta de profissionais na instituição.

Quanto a estrutura física, a ILPI deve atender os requisitos previstos na RDC 283/05, além dos estabelecidos em leis, códigos, e as normas específicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). As instituições podem expor o idoso a diversos riscos relacionados com a inadequação físico-estrutural e organizacional (Tabela 16). O risco de quedas, fraturas e outros agravos é grande devido aos problemas estruturais, 11% das instituições possuem as rampas com as especificações adequadas.

Somente 27,8% das instituições disseram ter o projeto arquitetônico aprovado pela vigilância sanitária, verifica a área total construída, a distribuição dos espaços internos e externos (Tabelas 14, 15 e 16), considerado imprescindível pela norma e negligenciado nas inspeções sanitárias. As instituições alegam motivos financeiros para a não adequação do projeto, e na região, 80,6% são proprietárias dos imóveis. O Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros ou o protocolo para aprovação, também item imprescindível, foi apresentado por 52,8% das instituições.

Os banheiros devem ser separados por sexo, possuir barras de segurança, luz de vigília, campainha e a porta de acesso abrir no sentido de fuga. Nos dormitórios não foram encontradas luz de vigília e campainhas próximas as camas para chamar os cuidadores. A inadequação da estrutura física com locais mal iluminados dificultam a visibilidade e facilitam as quedas, comprometem a mobilidade, a segurança e as atividades de vida diária (VIEIRA NETO, 2013), evidencia a vulnerabilidades que estão expostos na deambulação.

As instituições devem dispor de área externa descoberta, com presença de vegetação e *solarium*, favorecendo a convivência entre os residentes e o desenvolvimento de atividades ao ar livre. A resolução traz ainda que em casos de

terrenos com desníveis, devem ser construídas rampas em substituição às escadas, os pisos devem conter dispositivos antiderrapantes e ser de fácil limpeza.

O setor da lavanderia (Tabela 17) trabalha com cruzamento do fluxo entre as roupas sujas e limpas, uma situação de negligência onde surtos como escabiose/sarna podem evoluir facilmente. Para preservar a identidade dos residentes, a roupa de cada idoso precisa ser identificada e de uso exclusivo, e as roupas de uso coletivo como lençóis, toalhas guardadas nas rouparias. Nos dormitórios, algumas roupas pessoais ficam nas cômodas disponibilizadas.

O levantamento dos dados da população institucionalizada (Tabela 18), mostra o predomínio do sexo feminino com a média de 19,50 (DP=11,158), confirmando os dados descritos na literatura. Os residentes estão em uma faixa etária mais avançada, apresentando maior grau de dependência física, média de 14,50 (DP=11,888). As ILPI precisam de cuidadores com carga horária variável conforme o grau de dependência dos idosos, e este estudo mostrou que o quantitativo de cuidadores é insuficiente para a assistência nas 24 horas do dia, sem incorrer em sobrecarga de trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a OMS, até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Ainda é grande a desinformação sobre os cuidados necessários, as particularidades e desafios que o envelhecimento traz para a saúde pública. A expectativa média de vida aumentou, e os efeitos da longevidade precisa ser acompanhado para prover qualidade de vida e a manutenção da saúde.

Com população de idosos crescente, a instituição de caráter asilar, muitas vezes, é a única opção devido as mudanças estruturais das famílias e às modificações dos papéis desempenhados pelos seus membros. Elas não substituirão o valor e a importância do idoso viver junto à sua família, mas com políticas públicas adequadas proporcionarão uma vida digna a esta população. Schramm (2008), diz que historicamente existe “um princípio moral de proteção implícito nas obrigações do Estado, que deve proteger seus cidadãos”.

Apesar das ILPIs serem consideradas necessárias, podem expor os idosos a riscos relacionados à institucionalização. Estas instituições precisam ser sensíveis às necessidades das pessoas idosas no intuito de reduzir estes riscos, proporcionando conforto, segurança e autonomia.

Um agravante é a precariedade na prestação de cuidados aos idosos devido à formação técnica inadequada. É comum, nas ILPI, funcionários executarem a função de cuidador sem a devida capacitação. Diante disto, pode-se afirmar que os idosos estão expostos ao risco de receberem cuidados sem qualificação e se tornam sujeitos vulnerados.

Com recursos humanos incipientes não há garantia de qualidade da assistência. Algumas instituições com deficiência no quadro de profissionais, usam a duplicidade de funções para a prática de atividades que extrapolam a competência dos profissionais, além de causar sobrecarga com múltiplas funções.

É necessário um programa de capacitação dos profissionais de saúde abrangendo a promoção e prevenção de doenças dos idosos, para que conheçam suas características, e planejem estratégias de cuidado humanizado e integral.

As ILPIs que participaram do estudo, em geral, atendem de forma parcial às exigências dos órgãos fiscalizadores. Um desafio aos gestores das instituições será a adequação físico-estrutural e o provimento de uma equipe multiprofissional para um cuidado efetivo e resolutivo com os recursos disponíveis.

Para Groisman (1999), as instituições de residência para idosos cumprem duas funções:

Uma manifesta, de abrigar e cuidar de pessoas desamparadas, ou que estejam impossibilitadas de estar junto às famílias e comunidade; e outras latente, de servir como lócus socialmente aprovado de segregação de seres humanos cuja produtividade econômica e representação social foram esgotadas pelo sistema social.

Segundo Camarano (2010) o “aumento da sobrevivência de pessoas com reduzida capacidade física, cognitiva e mental tem levado a que os asilos extrapolem sua função de custódia e se transformem em residências coletivas para idosos de qualquer nível de renda”.

Estar institucionalizado é uma questão de intenso debate: por um lado existem as ILPI com funções de proteger e cuidar do idoso e do outro, o idoso frente às novas adaptações, que incluem conhecer suas demandas e necessidades. Os inúmeros problemas que afetam a qualidade de vida dos idosos no país exigem respostas urgentes e esforços políticos para este segmento populacional.

Bioética da Proteção foi pensada para a situação de vulnerabilidade da população, reconhece as desigualdades que ferem a estrutura social dos países em desenvolvimento e, por isso, é aplicada à necessidades específicas dos suscetíveis, focando nas ações em favor dos vulnerados (KOTTOW, 2005).

A Bioética, enquanto área do conhecimento, envolve diferentes disciplinas, tem o desafio de refletir sobre ações que interferem na vida e no viver dos indivíduos (idosos), priorizando os vulnerados desprovidos de meios para atingir uma vida digna.

Os inúmeros problemas que interferem na qualidade de vida dos idosos institucionalizados ou não, consideram o princípio da proteção como instrumento de reflexão e de ação para priorizar os investimentos do Estado. Também deve ser observada a distribuição dos recursos financeiros por meio do controle social, no qual os cidadãos menos favorecidos podem ser atendidos em suas necessidades (ARREGUY; SCHRAMM,2005).

A Bioética, criada para refletir sobre os conflitos na saúde, é uma ferramenta que auxilia a prática gestora dos serviços de saúde pública, sobretudo na solução de problemas sanitários e também nos conflitos morais que envolve as práticas na área das ciências da vida e da saúde.

Importante que os idosos conheçam sobre os direitos adquiridos, função da Política Nacional do Idoso e do Estatuto do Idoso, como também a necessidade de cobrar uma redefinição de ações políticas no sentido de engajar esta população (idosa) em processos de inclusão social, capazes de dar um novo significado a sua existência. Viver longos anos é o desejo e objetivo de todos, mas que seja uma vida com qualidade/dignidade e cidadania (CAROLINO; CAVALCANTI; SOARES, 2010).

As instituições asilares não estão preparadas para prover aos idosos as condições que garantam qualidade no atendimento. A escassez de recursos humanos, a falta de capacitação dos profissionais, são os desafios das instituições que priorizam como oferta de serviços as necessidade básicas de sobrevivência como alimentação, vestuário, higiene, e não valorizam a individualidade e a autonomia do indivíduo.

Cabe ao Estado a responsabilidade social de contribuir na redução das desigualdades sociais e a defesa dos vulneráveis. Neste sentido, no que se refere ao idoso, é sua responsabilidade a formulação, a implementação e a avaliação de políticas públicas embasadas no princípio da proteção como instrumento de reflexão e atuação.

Para que os cidadãos asilados sejam efetivamente protegidos e atendidos nas suas necessidades é importante uma assistência qualificada, e que as ILPIs sejam espaços acolhedores, seguros, respeitadores da dignidade dos seus residentes.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. Campinas: Alínea: 2004.149p.

ALVES, M. B.; MENEZES, M. R.; FELZEMBURG, R. D. M.; SILVA, V. A.; AMARAL, J. B. Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais. **Esc. Anna Nery** [online]. 2017, vol.21, n.4, e20160337. Epub Aug 17, 2017. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0337>. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000400213&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 03 mar. 2018.

ARAÚJO, L. de O.; SOUZA, L. A.; FARO, A. C. M. Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **HERE - História da Enfermagem Revista Eletrônica**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 250-262, 2010. Disponível em: < http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n2vol1ano1_artigo3.pdf >. Acesso em: 03 out. 2017.

ARREGUY, E. E. M.; SCHRAMM, F. R. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2005:51(2): 117 -123.

BORN, T; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso Institucionalizado. In: FREITAS, Elizabete Viana; PY, Ligia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1299 - 1310.

BORN, T. Cuidado ao idoso em instituição. In: PAPALÉO NETO M. et al. **Gerontologia**, São Paulo: Atheneu, 2002. p. 403.

BRASIL. **Política Nacional do Idoso**. Brasília: Imprensa oficial. 2010. 102 p. Disponível em: <<https://www.sigas.pe.gov.br/files/10152015094720-politica.nacional.do.idoso.pdf>>. Acesso em: nov. 2017.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005** - Aprovar o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html>. Acesso em: out. 2017.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: fev. 2018.

_____. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, out. 2003. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao)> bvs > publicacoes > estatuto_idoso_3edicao > . Acesso em: fev. 2018.

_____. **Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria Nº 2.428 de 19 de outubro de 2006. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/prt2528_19_10_2006)> bvs > saudelegis > prt2528_19_10_2006>. Acesso em: fev. 2018.

BRITO, F. C; RAMOS, L. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: PAPALÉO NETO M. et al. **Gerontologia**, Atheneu, 2005. p. 394.

BRITO, F.; CARVALHO, J. A. M.; BAENINGER, R.; TURRA, C. M.; QUEIROZ, B. L. A transição demográfica e as políticas públicas no Brasil: crescimento demográfico, transição da estrutura etária e migrações internacionais. **Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da UFMG**, 2007. Disponível em :<<http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20318.pdf>> . Acesso em: 24 jun. 2018.

CAMARANO, A. A. **Características das instituições de longa permanência para idosos – região Sudeste**/coordenação geral Ana Amélia Camarano – Brasília: IPEA; Presidência da República, 2010.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**. São Paulo, 2010; v.27, n. 1. p. 232-235. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982010000100014>. Acesso em: 09 set. 2017.

_____. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. In: NERI, A. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, SESC, 2007^a, p.169-190.

CAROLINO, J. A.; CAVALCANTI, P. B.; SOARES, M. L. Vulnerabilidade Social da População Idosa e a Necessidade de Políticas de Proteção como Mecanismo de Inclusão Social. **Qualit@s Revista Eletrônica** ISSN 1677 4280 Vol.9. No 1 (2010). Acesso em: 23 mai. 2018.

CARVALHO, V. L. Perfil das instituições de longa permanência para idosos situadas em uma capital do Nordeste. **Cad Saúde Colet [Internet]**. 2014; 22(2):184-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X20140002001>. Acesso em: 11 mai. 2018.

CLOS, M. B.; GROSSI, P. K. Desafios para o cuidado digno em instituições de longa permanência. **Rev. Bioét.** (Impr). 2016; 24 (2): 395-406.

CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. **Idoso asilado: Um estudo gerontológico**. Rio Grande do Sul. Educ: EdUPUCRGS. 2010. 135 p.

CRUZ, M. R.; OLIVEIRA, S. L. T.; PORTILLO, J. A. C. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos – contribuições ao Estado brasileiro. **Revista Bioética** 2010; 18 (1): 93 – 107. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/538 2010>. Acesso em: 21 abr. 2018.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: Socialização e processos de privatização do envelhecimento**. São Paulo: Edusp.1999. 272 p.

DEUS, S. I. A. de. Um modelo de moradia para idosos: o caso da Vila dos Idosos do Pari-São Paulo (SP). **Caderno Temático Kairós Gerontologia**. Disponível em: ISSN 2176-901X. São Paulo, nov 2010: 195-213. Acesso em: 13 dez. 2018.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da escola de enfermagem da USP** vol.46 n°. 6 São Paulo Dec. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600029> . Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600029>. Acesso em: 24 ago. 2018.

FREITAS, M. A. V.; SCHEICHER, M. E. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2010; v.13(3), p.395-401. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-309820100001>. Acesso em: 03 set. 2017.

FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Koogan, 2013. 2360 p.

FURKIM, A. M.; DUARTE, S. T.; HILDEBRANDT, P. T.; RODRIGUES, K. A. A instituição asilar como fator potencializador da disfagia. **Rev. CEFAC** [online]. 2010, vol.12, n.6, pp.954-963. ISSN 1516-1846. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462010000600006>. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n6/06.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2018.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva; 1974.

GOMES, S.; MUNHOL, M. E.; DIAS, E. **Políticas públicas para a pessoa idosa: marcos legais e regulatórios**. [coordenação geral Áurea Eleotério Soares Barroso]. São Paulo : Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009.

GROISMAN, D. Asilos de velhos: passado e presente. **Estudos interdisciplinares e envelhecimento**. Porto Alegre, v.2 p.67-87, 1999. Disponível em: < www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/5476/3111 >. Acesso em: 23 abr. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000**. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv26.pdf>> Acesso em: 12 nov. 2017.

_____. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 12 mai. 2018.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Infraestrutura social e urbana no Brasil: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas**. Brasília. 2011. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/sites/manualeditorial/padroes-editoriais/padronizacoes-textuais/referencias>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

JUNGES, J.R. Uma leitura crítica da situação do idoso no atual contexto sociocultural. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**. Porto Alegre, v. 6, p. 123-144, 2004. Disponível em: < <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4747/0>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

KOTTOW, M. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: SCHRAMM, F. R.; REGO, S; BRAZ, M; PALÁCIO, M; organizadores. **Bioética, risco e proteção**. Rio de Janeiro: UFRJ, Fiocruz; 2005. p. 29-44.

LORENZO, C. Vulnerabilidade em saúde pública: implicações para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Bioética**, 2006;2(3): 299-312.

LUCCHESI, G. A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. **Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2006.

MENDES, G.; HERMSDORF, M.; OLIVEIRA, N. Condomínios, repúblicas e vilas diversificam moradia para idosos. **Folha de S.Paulo**, São Paulo. Disponível em: <<http://infograficos.estadao.com.br/focas/planeje-sua-vida/condominios-republicas-e-vilas-diversificam-moradia-para-idosos>>. Acesso em: 12 jul. 2019.

MESSORA, L. B. **Perfil dos idosos em instituições asilares de três municípios do sul de Minas Gerais**. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Farmacêutica) – Universidade Federal de Alfenas, 2006. Disponível em: <<http://www.unifal-mg.edu.br/gpaf/files/file/monografia%20luisa.pdf> > Acesso em: 09 set. 2017.

MIRANDA, G. M. D.; et al. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2016, 19(3), p. 507-519. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000300507&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 09 set. 2017.

MORAIS, T. C. A.; MONTEIRO, P. S. Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. **Revista Bioética**, 25 (2) p. 311-319, 2017. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1337>. Acesso em: 12 dez. 2018.

OLIVEIRA, P. B.; TAVARES, D. M. S. Condições de saúde de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência segundo necessidades humanas básicas. **Rev. bras.enferm.** [online]. 2014, vol.67, n.2, pp.241-246. ISSN 0034-7167. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140032>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

OMS. PRINCÍPIO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O IDOSO. **Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas nº 46, de 16-12-1991**. Disponível em: <http://www.fbb.pt/sos/wpcontent/uploads/sites/10/2014/05/principios_das_nacoes_unidas_para_o_idoso.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2018.

OMS. Envejecimiento y salud. 55ª **Asamblea Mundial de la Salud**. A55/17. 2002.

PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu; 2002.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L.; EIDT, O. R. O processo de envelhecimento e a vulnerabilidade individual, social e programática. **Revista de enfermagem**. Frederico Westphalen: 2005-. 19-31. ISSN 2317-6075 versão online. Disponível em: <revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/693>. Acesso em: 12 mar. 2018.

PESTANA, L. C.; ESPIRITO SANTO, F. H. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. **RevEscEnfr USP**.2008; 42(2):268-75. Disponível em: <www.ee.usp.br/reecusp/>. Acesso em: 21 ago.2018.

POLTRONIERI, C. F.; COSTA, J. S.; SOARES, N. **Políticas Públicas à pessoa idosa: uma breve discussão da proteção social**. Dissertação (Mestrado em serviço social) Universidade Estadual de Londrina. Disponível em: <www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/.../35_politicas_publicas....pdf>. Acesso em: 25 ago. 2019.

QUADROS, R. S. S.; PATROCINIO, W. P. O cuidado de idosos em Instituições de Longa Permanência e em Centro-Dia. **Revista Kairós Gerontologia**, 2015. São Paulo, n.19 , p.77-97. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/26601/19028>>. Acesso em: 03 out. 2017.

RIBEIRO, M. T. F.; FERREIRA, R. C.; MAGALHÃES, C. S.; MOREIRA, A. N.; FERREIRA, E. F. Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2009, vol.62, n.6, pp.870-875. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000600011>. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000600011&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em 24 abr. 2018.

RINCO, M.; LOPES, A.; DOMINGUES, M. A. (2012, dezembro). Envelhecimento e Vulnerabilidade Social: discussão conceitual à luz das políticas públicas e suporte social. **Revista Temática KairósGerontologia**, 15(6), “Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais”, pp. 79-95. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

RJ ganha centro-dia no bairro de Botafogo. **Portal do envelhecimento**, 16 mar. de 2019. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/rj-ganha-centro-dia-no-bairro-de-botafogo/>. Acesso em: 20 abr. 2019.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e pragmática em idosos da comunidade: dados do estudo Fibra. Campinas (SP): **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(8), 2130. p. 2129-2139. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/23.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2018.

ROQUETE, F. F.; BATISTA, C. C. R. F.; ARANTE, R. C. Demandas assistenciais e gerenciais das instituições de longa permanência para idosos: uma revisão integrativa (2004-2014). **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2017, 20(2), p. 288-301.

SAQUETTO, M.; SCHETTINO, L.; PINHEIRO, P.; SENA, E. L. S.; YARID, S. D.; GOMES FILHO, D. L. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. **Rev. Bioét.** vol.21 no.3 Brasília Sept./Dec. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300016> Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a16v21n3.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2019.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estud. psicol.** (Campinas) vol.25 no.4 Campinas Oct./Dec. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103166X2008000400013> Disponível em: <www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2018.

SCHRAMM, F. R.; et al. **Bioética, Riscos e Proteção**. Rio de Janeiro. Editora UFRJ; Editora Fiocruz, 2005.

SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M. Princípios bióticos em salud pública: limitaciones y propuestas. **Cad. Saúde Pub.** 2001;17(4): 949-56. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5301.pdf>>. Acesso em 12 jan. 2018.

SCHRAMM, F. R. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética** 9, n. 3 (2011). Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52/55file:///C:/Users/cimma/Downloads/52-184-1-PB.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2018.

SCHUMACHER, A. A.; PUTTINI, R. F.; NOJIMOTO, T. Vulnerabilidade, reconhecimento e saúde da pessoa idosa: autonomia intersubjetiva e justiça social. **Saúde debate** [online]. 2013, vol.37, n.97, pp.281-293. ISSN 0103-1104. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042013000200010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 abr. 2018.

_____. A bioética da proteção é pertinente e segura? **Revista Bioética** 2008 16 (1): 11 – 23. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/673/705>. Acesso em: 06 mai. 2018.

SILVA, M. R. de F. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. **Serv. Soc. Soc.** [online]. 2016, n.126, pp.215-234. ISSN 0101-6628. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.066>. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ssoc/n126/0101-6628-ssoc-126-0215.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2018.

SILVA, F. D. Políticas Públicas e Direitos dos Idosos. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais, História e Relações Internacionais**. 2008. <http://dx.doi.org/10.18227/1983-9065ex.v1i1.1464>. Disponível em: <<https://revista.ufr.br/examapaku/article/download/1464/1058>>. Acesso em: 23 ago. 2018.

SIMÕES, J. A. Reflexão bioética sobre a situação do idoso e sua família. **Acta MedPort**, 2010: 23(3);483-492. Disponível em: <www.actamedcaportuguesa.com>. Acesso em: 12 abr. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Seção São Paulo. **Instituição de Longa Permanência para Idosos: manual de funcionamento**. São Paulo: SBGG; 2003. 39p.

TOMASINI, S. L. V.; ALVES, S. Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 88-102, jan/jun 2007. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/119>>. Acesso em: 24 set. 2018.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. In: **Epidemiologia e Serviços de Saúde** / Secretaria de Vigilância em Saúde. ISSN online 2237-9622- v. 21, n. 4 (out/dez. 2012)-. – Brasília:Ministério da Saúde, 2003. Acesso em: 24 mar. 2018.

VERMELHO, L. L.; MONTEIRO, M. F. G. Transição Demográfica e Epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo, Atheneu, 2002, p.91-103.

VIEIRA NETO, Z.; CARRÉRA, M. Análise da arquitetura inclusiva nas Instituições de Longa Permanência em Recife-PE. **RevArquitUrban** [Internet]. 2013; 3(4):104-30. Disponível em: <http://www.faculadadedamas.edu.br/revistafd/index.php/arquitetura/article/view/330/313>. Acesso em: 16 abr. 2018.

APÊNDICES

ApêndiceA –Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor(a) _____, funcionário de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: “*A Possibilidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos em proporcionar uma vida digna a seus usuários: um estudo por meio da Bioética de Proteção*” que tem como objetivo conhecer as Instituições de Longa Permanência para Idosos e sua adequação para prover uma vida digna para seus moradores, numa perspectiva da Bioética da Proteção.

Este estudo está sendo realizado por APARECIDA MARIA MENDES do curso de Pós Graduação em Bioética da Universidade do Vale do Sapucaí (Univás), juntamente com o pesquisador responsável professororientador Prof. Dr. MARCOS MESQUITA FILHO.

A pesquisa terá duração de 02 anos, com o término previsto para agosto de 2018. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, respeitando assim sua privacidade. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o(a) senhor(a) pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, o que garante sua autonomia. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma escrita.

Os benefícios relacionados à concretização deste estudo serão na identificação das situações de vulnerabilidade e fragilidade que podem estar sujeitos estes idosos nas instituições asilares, trazendo a bioética da proteção para embasar a reflexão sobre o cuidado desta população institucionalizada.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa e ficarão arquivados com o(a) pesquisador(a) responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão descartados de forma que não prejudique o meio ambiente

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é um documento que comprova a sua permissão. Será necessário a sua assinatura para oficializar o seu consentimento. Ele encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo(a) pesquisador(a) responsável, e a outra será fornecida para o senhor(a).

Ressalta-se que a sua valiosa colaboração é muito importante e, a seguir, será apresentada uma Declaração e, se o senhor(a) estiver de acordo com o conteúdo da mesma, deverá assiná-la, conforme já lhe foi explicado anteriormente.

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente do inteiro conteúdo deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

NOME COMPLETO DO(A) PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA DO(A) PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL: _____

Pouso Alegre, _____ de _____ de _____.

Para possíveis informações ou esclarecimentos a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com a secretária do CEP da Univas pelo telefone (35) 3449-9269, em Pouso Alegre – MG, no período das 08h às 12h e das 14h às 17h de segunda a sexta-feira.

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

Apêndice B – Autorização

AUTORIZAÇÃO

Ilmo(a). Sr(a). Diretor (a) da ILPI

Prezado(a) Sr(a),

Meu nome é Aparecida Maria Mendes e estou efetuando uma pesquisa por intermédio do Mestrado em Bioética da UNIVÁS. O objetivo deste trabalho é conhecer as Instituições de Longa Permanência para Idosos e sua adequação para prover uma vida digna para seus moradores, numa perspectiva da Bioética da Proteção. Como sua Instituição está adequada aos critérios de inclusão neste estudo, venho solicitar a V.Sa. para autorizar-me a efetuar um levantamento, junto a este serviço a partir do **ROTEIRO PARA INSPEÇÃO SANITÁRIA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**, com a finalidade de coleta de dados para a minha dissertação de mestrado. Asseguro a V. Sa. que os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a citada pesquisa, sendo obedecidas as normas Éticas da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Aparecida Maria Mendes

Pesquisadora Responsável

Pouso Alegre, de 2018.

Autorização da ILPI

Data / /

Responsável pela ILPI

ANEXOS

Anexo A- Instrumento de pesquisa

|  | | SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE ROTEIRO PARA INSPEÇÃO SANITÁRIA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS | |  | |
|--|--|---|----------------------------|---|-----------|
| ORGANIZAÇÃO | | | | | |
| Itens verificados | Instrumento normativo | IC | Sim | Não | NA |
| A Categorização da Instituição segue a normalização do Ministério do Desenvolvimento Social e | RDC 283/05 Item 4.4 | | | | |
| Possui Registro e inscrição do programa junto ao Conselho de Idosos (Municipal, Estadual, Federal) e Vigilância Sanitária Municipal? | RDC 283/05 Item 4.5.1 | | | | |
| Possui Registro de Entidade Social? | RDC 283/05 Item 4.5.2.b | | | | |
| Existe Regimento Interno? | RDC 283/05 Item 4.5.2.c | | | | |
| Possui Estatuto Registrado? | RDC 283/05 Item 4.5.2.a | | | | |
| Existe Responsável Técnico de nível superior? | RDC 283/05 Item 4.5.3.1 | | | | |
| Existe Responsável Técnico da área da saúde? | | R | | | |
| Possui Contrato Formal, por escrito, de Prestação de Serviço com o residente, responsável legal ou curador? | RDC 283/05 item 4.5.4; Lei 10741/03 art.50 | | | | |
| Possui Prestação de Contas da Entidade disponível? | Lei 10741/03 art.54 | | | | |
| Possui Documentos que atestam a idoneidade dos dirigentes da Instituição? | | | | | |
| A Instituição mantém atualizados e de fácil acesso, os documentos necessários à fiscalização, avaliação e controle social? | | | | | |
| A Instituição apresenta contrato e cópia do alvará sanitário das empresas terceirizadas? | RDC 283/05 Item 4.5.6 | | | | |
| Observações | | | | | |
| RECURSOS HUMANOS | | | | | |
| Funcionários | Quantidade | Foram capacitados? | Quantos foram capacitados? | IC | |
| Administrativos | | | | | |
| Auxiliares de enfermagem | | | | | |
| Cuidadores de idosos | | | | | |
| Serviços gerais | | | | | |
| Cozinheiros | | | | | |
| Voluntários | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Outros profissionais de saúde que prestam assistência aos idosos | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Odontologo _____ Reg. Prof. _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Farmacêutico _____ Reg. Prof. _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro _____ Reg. Prof. _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Assistente Social _____ Reg. Prof. _____ | | | | | |
| Itens verificados | Instrumento normativo | IC | SIM | NAO | |
| A Instituição apresenta recursos humanos com vínculo formal de trabalho? | RDC 283/05 Item 4.6.1. | | | | |
| O Responsável Técnico pela instituição cumpre carga horária mínima de 20 horas/semanais? | RDC 283/05 Item 4.6.1.1 | | | | |
| A Instituição possui um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia, para os idosos com grau de dependência I? | RDC 283/05 Item 4.6.1.2.a | | | | |
| A Instituição possui um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno, para os idosos com grau de dependência II? | RDC 283/05 Item 4.6.1.2.b | | | | |
| A Instituição possui um cuidador para cada 06 idosos, ou fração, por turno, | | | | | |

| | | | | |
|--|---------------------------|---|--|--|
| para os idosos com grau de dependência III? | RDC 283/05 Item 4.6.1.2.c | I | | |
| A Instituição possui, para a realização das atividades de lazer, um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana? | RDC 283/05 Item 4.6.1.3 | I | | |
| A Instituição possui, para a realização dos serviços de limpeza, um profissional para cada 100m ² de área interna ou fração, por turno, diariamente? | RDC 283/05 Item 4.6.1.4 | I | | |
| A Instituição possui, para a realização dos serviços de alimentação, um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas? | RDC 283/05 Item 4.6.1.5 | I | | |
| A Instituição possui, para a realização dos serviços de lavanderia, um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente? | RDC 283/05 Item 4.6.1.6 | I | | |
| Existe um Programa de Educação Permanente na área de Gerontologia para o aprimoramento dos recursos humanos? | RDC 283/05 Item 4.6.3 | I | | |
| As pessoas que trabalham na unidade fizeram Cursos de Cuidadores de Idosos? Quantos fizeram?----- Data do último curso:----- Entidade responsável pelo curso:----- | | I | | |

PROCESSOS OPERACIONAIS

| | |
|---|---|
| <p>Motivos de encaminhamento mais frequentes</p> <p><input type="checkbox"/> Carência financeira <input type="checkbox"/> Doenças associadas ao envelhecimento</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de pessoa para cuidar</p> <p><input type="checkbox"/> Abandono familiar <input type="checkbox"/> Falta de referência familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de moradia própria</p> <p><input type="checkbox"/> Outros:</p> | |
| <p>Capacidade máxima de atendimento</p> <p>Homens <input type="text"/> Mulheres <input type="text"/></p> <p>Número atual de residentes</p> <p>Homens <input type="text"/> Mulheres <input type="text"/></p> | <p>Número de idosos de acordo com o grau de dependência (*) RDC 283/05 Item 3.4</p> <p>Grau I <input type="text"/></p> <p>Grau II <input type="text"/></p> <p>Grau III <input type="text"/></p> |

| Itens verificados | Instrumento normativo | IC | SIM | NAO | NA |
|---|-----------------------|-----|-----|-----|----|
| Existe algum critério de admissão? Especificar: | | INF | | | |
| <p>Todos os residentes possuem idade igual ou superior a 60 anos?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se não, existem pessoas abrigadas com menos de 60 anos?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Quantas são? <input type="text"/></p> <p>Motivos:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | RDC 283/05 Item 3.6 | I | | | |
| <p>Todos os idosos possuem documentos pessoais/carteira de identidade ou certidão de nascimento?</p> <p>Se não, qual o motivo?</p> | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|---|
| | | | | | | R |
| Existe Plano de Trabalho compatível com o Estatuto do Idoso? | RDC 283/05 Item 5.1.1; Lei 10741/03 art.49 | I | | | | |
| A Instituição garante ao idoso a liberdade de credo e seu direito de ir e vir, salvo restrições do plano de Atenção à Saúde? | RDC 283/05 Item 4.3.1 I | I | | | | |
| A Instituição preserva a identidade e a privacidade do idoso, assegurando um ambiente de respeito e dignidade? | RDC 283/05 Item 4.3.2 | I | | | | |
| A Instituição promove a convivência entre os residentes de diversos graus de dependência? | RDC 283/05 Item 4.3.4 | I | | | | |
| A Entidade procura estabelecer vínculo com as famílias dos Idosos, promovendo assim a participação da família na atenção dos mesmos? | RDC 283/05 Item 4.3.7 | I | | | | |
| O idoso participa de atividades comunitárias de caráter interno e externo? | RDC 283/05 Item 4.3.5 | I | | | | |
| A entidade está aberta a visitas? | RDC 283/05 Item 4.3.7 | I | | | | |
| O Idoso é mantido na mesma instituição salvo as indicações especiais? | | R | | | | |
| A Instituição realiza estudo social e pessoal de cada idoso e registra essas informações no prontuário? | Lei 10741/03 art.50 inciso XI | I | | | | |
| Existem prontuários de admissão individuais com dados de identificação do idoso, parentes, responsáveis, bem como a relação de seus pertences e o valor da contribuição para a instituição? | RDC 283/05 Item 5.1.3; Lei 10741/03 art.50 inciso XV | I | | | | |
| A Instituição comunica à Secretaria Municipal de Assistência Social, bem como ao Ministério Público, a situação de abandono familiar do idoso ou a ausência de identificação civil? | RDC 283/05 Item 5.1.4 | I | | | | |
| A Instituição mantém disponível cópia da RDC 283/05 para consulta dos interessados? | RDC 283/05 Item 5.1.5 | I | | | | |
| Existem instalações diferenciadas de acordo com o grau de dependência nas atividades de banho, alimentação e locomoção? | | I | | | | |
| Existem equipamentos de autoajuda e materiais em quantidade suficiente para atender à necessidade dos residentes, de acordo com o grau de dependência? | | I | | | | |
| As atividades realizadas na ILPI são planejadas em parceria e com a participação dos residentes, respeitando as demandas do grupo? | RDC 283/05 Item 5.1.2 | I | | | | |
| Existem formas alternativas de participação, ocupação e convívio do residente com demais gerações? Ocupacionais:Religiosas: Recreativas/Lazer/Cultura: Festas comemorativas: <input type="checkbox"/> Bordado <input type="checkbox"/> Missa <input type="checkbox"/> Passeio <input type="checkbox"/> Natal <input type="checkbox"/> Pintura <input type="checkbox"/> Culto <input type="checkbox"/> Bailes <input type="checkbox"/> Páscoa <input type="checkbox"/> Tapeçaria <input type="checkbox"/> Grupo de oração <input type="checkbox"/> Cinema <input type="checkbox"/> Aniversário <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Teatro <input type="checkbox"/> Festa junina <input type="checkbox"/> Música <input type="checkbox"/> Padroeira <input type="checkbox"/> Outras Esportivas Caminhadas <input type="checkbox"/> Educacionais: Grupos de atividades sociais: Ginástica <input type="checkbox"/> Alfabetização <input type="checkbox"/> Especificar: _____ Outras <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> | RDC 283/05 Item 4.3.6 | I | | | | |

SAÚDE

| | | |
|---|-------------------------------------|---|
| Nº de residentes com plano privado de saúde | Nº de residentes que utilizam o SUS | Residentes que vão a consultas externas Quantidade: <input type="text"/> Transporte: <input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Samu <input type="checkbox"/> Outro: |
| Atendimento dos residentes <input type="checkbox"/> Centro de saúde/SUS <input type="checkbox"/> Médico contratado pela família <input type="checkbox"/> Hospital fora do município <input type="checkbox"/> Médico próprio da unidade <input type="checkbox"/> Hospital do município <input type="checkbox"/> Médico do PSF <input type="checkbox"/> Outros: | | |
| Hospitais/serviços para onde são encaminhados os residentes em caso de urgência | | |
| Itens verificados | Instrumento normativo | IC SIM NAO NA |
| A Instituição elabora, a cada dois anos, um Plano de Atenção Integral à saúde dos residentes em articulação com o gestor local de saúde? | RDC 283/05 Item 5.2.1 | I |
| O plano indica os recursos de saúde disponíveis para cada um dos residentes, seja na esfera pública ou privada? | RDC 283/05 Item 5.2.2.2 | I |
| O Plano de Atenção Integral à Saúde aborda os aspectos de promoção, proteção e prevenção? | RDC 283/05 Item 5.2.2.3 | I |
| O plano de Atenção Integral à Saúde contém informações acerca de | RDC 283/05 Item 5.2.2.4 | I |

| | | | | | |
|--|--|-------------------------|-----|--|--|
| patologias incidentes e prevalentes nos residentes? | | | | | |
| A Instituição pode comprovar a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização do Ministério da Saúde? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Gripe - quantidade: <input type="checkbox"/> Difteria - quantidade: <input type="checkbox"/> Pneumonia - quantidade: <input type="checkbox"/> Antitetânica - quantidade: | | RDC 283/05 Item 5.2.4 | I | | |
| A Instituição dispõe de rotinas e procedimentos, escritos, referentes aos cuidados com os idosos? | | RDC 283/05 Item 5.2.6 | I | | |
| Em caso de intercorrência médica o residente é encaminhado ao serviço de saúde de referência, previsto no plano de atenção, e sua família e ou representante legal é comunicada? | | RDC 283/05 Item 5.2.7 | I | | |
| A Instituição dispõe de um serviço de remoção destinado a transportar o idoso, segundo o estabelecido no Plano de Atenção à Saúde? | | RDC 283/05 Item 5.2.7.1 | I | | |
| São realizados exames médicos e laboratoriais pré-admissionais? | | | R | | |
| São admitidas pessoas portadoras de sofrimento mental? | | | INF | | |
| São admitidos portadores de sonda de alimentação? | | | INF | | |
| São admitidos portadores de feridas crônicas? | | | INF | | |
| Há idosos dependentes de oxigenoterapia ou de ventilação mecânica? | | | INF | | |
| A ILPI faz uma visita ao idoso antes de sua admissão? | | | INF | | |
| Existe prontuário médico individualizado? | | | R | | |
| Existe Relatório médico mensal? | | | R | | |
| O Médico possui algum vínculo com a instituição? <input type="checkbox"/> Voluntário <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> PSF | | | INF | | |
| O Médico visita regularmente a ILPI? Frequência: <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mês | | | I | | |
| Existe relação com a unidade básica de referência? | | | I | | |
| Observações | | | | | |

NOTIFICAÇÃO COMPULSORIA

| Itens verificados | Instrumento normativo | IC | SIM | NAO | NA |
|---|-----------------------|----|-----|-----|----|
| A equipe de saúde responsável pelos residentes notifica a vigilância epidemiológica em caso de suspeita de doença de notificação compulsória? | RDC 283/05 Item 6.1 | I | | | |
| A Instituição notifica, imediatamente, a autoridade sanitária local a ocorrência dos eventos sentinelas: queda com lesão e tentativa de suicídio? Obs.: Verificar a existência de mecanismos para notificação de eventos sentinela e notificação compulsória de doenças. | RDC 283/05 Item 6.2 | I | | | |
| Observações | | | | | |

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DA INSTITUIÇÃO

| Itens verificados | Instrumento normativo | IC | SIM | NAO | NA |
|---|--|----|-----|-----|----|
| A Instituição comunica à Vigilância Sanitária qualquer irregularidade em seu funcionamento? | RDC 283/05 Item 7.1 | I | | | |
| A Instituição realiza avaliação continuada do desempenho e padrão de funcionamento da Instituição, considerando os seguintes indicadores: <input type="checkbox"/> Taxa de mortalidade em idosos residentes <input type="checkbox"/> Taxa de incidência de doença diarreica aguda <input type="checkbox"/> Taxa de incidência de escabiose <input type="checkbox"/> Taxa de incidência de desidratação <input type="checkbox"/> Taxa de prevalência de úlcera de decúbito <input type="checkbox"/> Taxa de prevalência de desnutrição | RDC 283/05 Item 7.2 RDC 283/05 Item 7.3 | I | | | |
| Observações | | | | | |

ASSISTENCIA FARMACÊUTICA

| Qual é a forma de obtenção dos medicamentos? Indique o percentual: | | | | | |
|--|-----------------------|------------|----------------------|---------|----------------------|
| Doação: | <input type="text"/> | Aquisição: | <input type="text"/> | SES/MG: | <input type="text"/> |
| Itens verificados | Instrumento normativo | IC | SIM | NAO | NA |

| | | | | | |
|--|-----------------------|-----|--|--|--|
| Recebeu orientação do Farmacêutico distrital para organização da farmácia? | | INF | | | |
| Têm regularidade na dispensação dos medicamentos padronizados pela SES? | | INF | | | |
| O Responsável Técnico da Instituição é o responsável pelo armazenamento e pela dispensação dos medicamentos? | RDC 283/05 Item 5.2. | I | | | |
| É vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica? | RDC 283/05 Item 5.2.5 | I | | | |
| Os medicamentos de uso controlado são armazenados separadamente dos demais em armários com chave? | RDC 283/05 Item 5.2.5 | R | | | |
| Observações | | | | | |

REABILITAÇÃO

| | | | | | |
|---|------------------------------|-----------|------------|------------|-----------|
| A ILPI conta com: | | | | | |
| Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Caso a ILPI não disponha do profissional requisitado, como é encaminhado o residente que necessita de reabilitação? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Serviço privado <input type="checkbox"/> Outro | | | | | |
| Itens verificados | Instrumento normativo | IC | SIM | NAO | NA |
| Existe registro e acompanhamento do tratamento de reabilitação no prontuário médico? | | I | | | |
| Observações | | | | | |

ALIMENTAÇÃO

| | | | | | |
|---|--|-----------|------------|------------|-----------|
| Alimentação/Procedência: Indicar o percentual | | | | | |
| Doação: <input type="checkbox"/> Própria: <input type="checkbox"/> Convênio: <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Itens verificados | Instrumento normativo | IC | SIM | NAO | NA |
| A Instituição mantém normas e rotinas quanto aos procedimentos de: <input type="checkbox"/> Limpeza e descontaminação dos alimentos <input type="checkbox"/> Fracionamento dos alimentos <input type="checkbox"/> Armazenamento dos alimentos <input type="checkbox"/> Preparo dos alimentos <input type="checkbox"/> Prevenção e controle dos vetores <input type="checkbox"/> Acondicionamento dos resíduos | RDC 283/05 Item 5.3.3 | I | | | |
| A Manipulação, Preparação, Fracionamento, Armazenamento e Distribuição dos alimentos segue o disposto na RDC 216/04, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação? | RDC 283/05 Item 5.3.2; RDC 216/04 itens 1.1, 1.2 | I | | | |
| O responsável pelas atividades de manipulação dos alimentos e os manipuladores de alimentos são comprovadamente capacitados de acordo com a RDC 216/04? OBS: Verificar se a capacitação abordou, no mínimo, os seguintes temas: <input type="checkbox"/> Contaminantes alimentares <input type="checkbox"/> Manipulação higiênica dos alimentos <input type="checkbox"/> Higiene pessoal <input type="checkbox"/> Boas práticas <input type="checkbox"/> Doenças Transmitidas por alimentos | RDC 216/04 | | | | |
| Possui acomodações adequadas no refeitório? | | I | | | |
| Possui refrigerador? | | I | | | |
| Possui vasilhames e talheres em quantidades e condições adequadas e suficientes? | | I | | | |
| A Instituição oferece, no mínimo, seis refeições diárias? | RDC 283/05 Item 5.3.1 I | | | | |
| Possui alimentação em quantidade e qualidade adequadas? | | I | | | |
| Possui cardápio orientado por Nutricionista? | | I | | | |
| Possui cardápio para dietas especiais? | | I | | | |
| Observações | | | | | |

LAVAGEM, PROCESSAMENTO E GUARDA DE ROUPAS

| | |
|---|--|
| Coleta e transporte das roupas sujas até a lavanderia | Equipamentos disponíveis na lavanderia |
| <input type="checkbox"/> Recipiente próprio <input type="checkbox"/> Sacos plásticos descartáveis | <input type="checkbox"/> Máquina de lavar <input type="checkbox"/> Máquina de secar <input type="checkbox"/> Varal |

| | | | | | | |
|---|---|---|--|------------|------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Cestos | <input type="checkbox"/> Carrinho/ hamper | <input type="checkbox"/> Máquina para passar ferro elétrico | | | | |
| Produtos usados para a lavagem das roupas <input type="checkbox"/> Sabão em pó <input type="checkbox"/> Desinfetantes <input type="checkbox"/> Água sanitária <input type="checkbox"/> Cloro <input type="checkbox"/> Outros produtos | | Frequência de troca das roupas de cama <input type="checkbox"/> Diária <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Quando necessário | OBS: Verificar o número de enxovais disponíveis, a existência de roupas de reserva para reposição, comparando com o número de idosos, observar estoque na lavanderia e no local de guarda de roupa | | | |
| Itens verificados | | Instrumento normativo | IC | SIM | NAO | NA |
| As roupas são lavadas na própria instituição? | | RDC 283/05 Item 4.5.6 | INF | | | |
| A Instituição possibilita aos idosos independentes cuidarem de suas próprias roupas? OBS: Observar se há área e recursos para que os idosos independentes que assim o desejarem, efetuem o processamento de roupas de uso pessoal | | RDC 283/05 Item 5.4.2 | I | | | |
| A Instituição mantém normas e rotinas relativas ao processamento de roupas de uso pessoal e coletivo que contemple as etapas de: <input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> secagem <input type="checkbox"/> guarda e troca de roupas coletivas | | RDC 283/05 Item 5.4.1 | I | | | |
| As roupas de uso pessoal recebem identificação? | | RDC 283/05 Item 5.4.3 | I | | | |
| O responsável pela coleta da roupa trabalha com equipamento de proteção individual? Máscara <input type="checkbox"/> Luvas <input type="checkbox"/> Touca <input type="checkbox"/> Bota <input type="checkbox"/> Avental <input type="checkbox"/> | | | I | | | |
| É feita a desinfecção e a esterilização das roupas de cama? | | | I | | | |
| Os equipamentos estão em bom estado de conservação? | | | I | | | |
| Os produtos utilizados no processamento das roupas possuem registro na ANVISA? | | RDC 283/05 Item 5.4.4 I | I | | | |
| Existe rouparia na instituição? | | | R | | | |
| Observações | | | | | | |

LIMPEZA

| | | | | | |
|--|------------------------------|-----------|------------|------------|-----------|
| Itens verificados | Instrumento normativo | IC | SIM | NAO | NA |
| A Instituição mantém disponíveis as rotinas técnicas quanto à limpeza e higienização de artigos e ambientes? | RDC 283/05 Item 4.7.3 | I | | | |
| A Instituição mantém os ambientes limpos, livres de resíduos e odores? | RDC 283/05 Item 4.7.3 | I | | | |
| Observações | | | | | |

INFRA ESTRUTURA FÍSICA GERAL

| | | | | | | |
|--|-------------------------------|-----------|------------|------------|-----------|--|
| Situação legal do imóvel Alugado <input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Financiado <input type="checkbox"/> Cedido <input type="checkbox"/> Em comodato <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Itens verificados | Instrumento normativo | IC | SIM | NAO | NA | |
| A instituição possui uma placa de identificação externa visível, conforme o art.37, parágrafo 2 do Estatuto do Idoso? | Lei 10741/03 | I | | | | |
| Possui Projeto Arquitetônico aprovado pela GIEF/SVS ou pelos serviços de VISA do município | RDC 283/05 Item 4.7.1 | I | | | | |
| As Instalações Prediais de água, esgoto, energia elétrica, proteção e combate a incêndio e telefonia atendem às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às normas técnicas brasileiras pertinentes a cada uma das instalações? | RDC 283/05 Item 4.7.5 | I | | | | |
| Projeto aprovado pelo Corpo de Bombeiros ou Defesa Civil RDC 283/05 | RDC 283/05 Item 4.7.5 | I | | | | |
| Acessos independentes para idosos e para serviços | RDC 283/05 Item 4.7.6.1 | I | | | | |
| Construção Horizontal Se não, construção vertical? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Construção adaptada? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | Sim - nº de pavimentos: _____ | | | | R | |
| Construção sólida em boas condições de edificação, paredes e tetos com revestimento lavável de cores claras (proibida instalação de divisórias de material inflamável) | | I | | | | |
| O Terreno da instituição apresenta desníveis? | RDC 283/05 Item 4.7.4 | I | | | | |
| A Instituição apresenta rampas para facilitar o acesso e a movimentação dos residentes? | RDC 283/05 Item 4.7.4 | I | | | | |

| | | | | | |
|--|---------------------------|---|--|--|--|
| Os pisos externos e internos (inclusive de rampas e escadas) são de fácil limpeza e conservação, uniformes, com ou sem juntas e antiderrapantes | ? RDC 283/05 Item 4.7.6.2 | | | | |
| A inclinação das rampas externas segue as especificações da NBR 9050? | RDC 283/05 Item 4.7.6.3 | | | | |
| As rampas externas possuem piso anti - derrapante? | | | | | |
| As rampas externas possuem largura mínima de 1,20m, conforme a NBR 9050? | RDC 283/05 Item 4.7.6.3.a | | | | |
| As rampas externas possuem guarda-corpos (paredes, grades, etc.)? | RDC 283/05 Item 4.7.6.7 | | | | |
| As rampas externas possuem corrimão com altura entre 0,8 a 1,0 m, em forma circular, com diâmetro entre 3,5 a 4,5 cm e afastado 4 cm da parede? | | | | | |
| Escadas externas com largura mínima de 1,20m? | | | | | |
| Escadas externas com guarda- corpos em ambos os lados (paredes, grades, etc.)? | | | | | |
| Portas internas e externas com largura mínima de 1.10m, com travamento simples sem uso de trancas ou chaves? | RDC 283/05 Item 4.7.6.6 | | | | |
| As portas de correr (internas e externas) possuem trilhos embutidos na soleira e no piso, para permitir passagem de nível para cadeiras de rodas e macas? | | | | | |
| As portas internas e externas possuem maçanetas de alavanca (proibidas formas arredondadas ou de qualquer outra forma que dificulte a abertura das mesmas)? | | | | | |
| A inclinação das rampas de acesso interno segue as especificações da NBR 9050? | | | | | |
| As rampas de acesso interno possuem piso antiderrapante? | | | | | |
| As rampas de acesso interno possuem guarda-corpos (paredes, grades, etc.)? | | | | | |
| As rampas de acesso interno possuem corrimão com altura entre 0,8cm a 1,00 cm, em seção circular, com diâmetro entre 3,5 a 4,5 cm e afastado 4,0 cm da parede | | | | | |
| As escadas de acesso interno têm altura dos degraus entre 16,5 a 18 cm? | | | | | |
| As escadas de acesso interno têm guarda-corpos (paredes, grades, etc.)? | | | | | |
| As escadas de acesso interno têm corrimão com altura entre 80 a 100 cm, em seção circular, com diâmetro entre 3,5 a 4,5 cm e afastado de 4,0cm da parede? | | | | | |
| A circulação interna principal tem largura mínima de 1, 00m.e luz de vigília? | RDC 283/05 Item 4.7.6.4 | | | | |
| A circulação interna principal possui corrimão em ambos os lados instalados a 0,80m do piso e distantes 4cm da parede? | | | | | |
| Inexistência de obstáculos na circulação interna principal (bancos, vasos, móveis) exceto bebedouro? | | | | | |
| Em locais onde exista mudança de nível entre dois ambientes na circulação interna principal, existem rampas com: <input type="checkbox"/> inclinação conforme NBR 9050? <input type="checkbox"/> Piso antiderrapante? <input type="checkbox"/> Janelas e guarda-corpos com peitoris de no mínimo 1,00m2 <input type="checkbox"/> corrimão com altura entre 0,8 a 1,0 m, em seção circular, com diâmetro entre 3,5 a 4,5 cm e afastado 4 cm da parede | | | | | |
| A circulação interna principal com largura maior ou igual a 1,50m possui corrimão dos dois lados? | RDC 283/05 Item 4.7.6.4.a | | | | |
| A circulação interna principal com largura menor que 1,50m possui corrimão em apenas um dos lados? | RDC 283/05 Item 4.7.6.4.b | R | | | |
| A circulação interna secundária possui largura mínima de 0,80m? | | | | | |
| A inclinação das rampas de circulação vertical segue as especificações da NBR 9050? | | | | | |
| As rampas de circulação vertical possuem piso antiderrapante? | | | | | |
| As rampas de circulação vertical possuem guarda-corpos (paredes, grades, etc.)? | | | | | |
| As rampas de circulação vertical possuem corrimão com altura entre 0,8cm a 1,00 cm, em seção circular, com diâmetro entre 3,5 a 4,5 cm e afastado 4cm da parede? | | | | | |
| As escadas de circulação vertical possuem largura mínima de 1,20m? | | | | | |
| As escadas de circulação vertical possuem altura dos degraus entre 16,5 a 18 cm, conforme a NBR 9050? | | | | | |
| As escadas de circulação vertical possuem guarda-corpos (paredes, grades, etc)? | | | | | |
| As escadas de circulação vertical possuem corrimão em ambos os lados com altura entre 0,8 cm e 1,00 cm em seção circular, com diâmetro entre 3,5 a 4,5 cm, afastado 4cm da parede, não devendo existir vão livre entre o piso e o | | | | | |

| | | | | | |
|---|-----------------------------|---|--|--|--|
| corrimão? | | | | | |
| As escadas de circulação vertical possuem portas de contenção com molas e travas leves, que as mantenham em posição fechada? | | I | | | |
| As escadas de circulação vertical possuem espelhos do primeiro e do último degrau pintados de amarelo e equipados com luz de vigília permanente? | | I | | | |
| O elevador segue as especificações da NBR 7192 e NBR 13994? | RDC 283/05 Item 4.7.6.5 | I | | | |
| O elevador está em funcionamento? | | I | | | |
| O elevador tem revestimento íntegro de piso e paredes? | | I | | | |
| O elevador é automático com visor (para visualização da cabine estacionada no pavimento)? | | I | | | |
| Possui contrato de manutenção do elevador com responsável? | | I | | | |
| Extintores de incêndio: em pontos estratégicos, dentro do prazo de validade? | RDC 283/05 Item 4.7.5 | I | | | |
| Dormitórios, separados por sexo, para no máximo 04 pessoas, dotados de banheiro? | RDC 283/05 Item 4.7.7.1 | I | | | |
| Dormitórios com área mínima de 7,5 m2 para quarto de 1 leito? | RDC 283/05 Item 4.7.7.1.a | I | | | |
| Dormitórios com armários e mesa de cabeceira para guarda de pertences pessoais? | RDC 283/05 Item 4.7.7.1.a | I | | | |
| Dormitórios com largura da porta para acesso de maca e ou cadeira de rodas (1,10m recomendável)? | | I | | | |
| Dormitórios com leito adequado (proibido beliche, camas de armar e com base de concreto)? | | I | | | |
| Dormitórios com botão de campainha e luz de vigília instalados, ao lado dos leitos? | RDC 283/05 Item 4.7.7.1.c | I | | | |
| Dormitórios de 02 a 04 pessoas possuem área mínima de 5,50m2 por cama? | RDC 283/05 Item 4.7.7.1.b I | I | | | |
| Banheiros coletivos anexos aos quartos e separados por sexo, com no mínimo um Box para vaso sanitário? | RDC 283/05 Item 4.7.7.1 | I | | | |
| Banheiros possuem área mínima de 3,60m2? | RDC 283/05 Item 4.7.7.1.e | I | | | |
| Banheiros possuem 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro? | RDC 283/05 Item 4.7.7.1.e | I | | | |
| Banheiros com ventilação natural ou exaustão mecânica? | | I | | | |
| Banheiros com lavatório com barras de apoio? | | I | | | |
| Banheiros com largura suficiente para permitir acesso da cadeira de roda, incluindo espaço para giro (recomendável 1,70m)? | RDC 283/05 Item 4.7.7.4 | R | | | |
| Banheiros com piso sem qualquer desnível em forma de degrau e sem revestimentos que produzam brilho e reflexos? | | I | | | |
| Banheiros com lavatório com barras de apoio? | | I | | | |
| Banheiros com luz de vigília e botão de campainha? | | I | | | |
| Banheiros com vãos livres de 0,20m na parte inferior das portas de box de banheiro e sanitários? | RDC 283/05 Item 4.7.7.4.a | I | | | |
| O Box com o vaso sanitário permite a transferência frontal e lateral de uma pessoa em cadeira de rodas? | RDC 283/05 Item 4.7.7.4 | I | | | |
| Banheiros com barras de apoio com altura entre 48 a 50 cm em relação ao piso? | | I | | | |
| Banheiros com porta de acesso ao box com largura mínima de 0,80 m e abertura no sentido de fuga | | I | | | |
| Chuveiro instalado em compartimento (Box) com dimensões internas compatíveis com banho em posição assentada, dotado obrigatoriamente de água quente? | | I | | | |
| Quarto para plantonista: com banheiro anexo e próximo aos quartos dos residentes? | | R | | | |
| Posto de enfermagem/local para guarda de medicamentos com: <input type="checkbox"/> bancada com pia próximo aos dormitórios <input type="checkbox"/> área aproximada de 3,0 m2 | | R | | | |
| Observações | | | | | |

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (SND)

| Itens verificados | Instrumento normativo | IC | Sim | Não | N A |
|--|-------------------------|----|-----|-----|-----|
| Refeitório com: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> lavatório para higienização das mãos | RDC 283/05 Item 4.7.7.7 | | | | |
| <input type="checkbox"/> bebedouro | RDC 283/05 Item 4.7.7.7 | | | | |
| <input type="checkbox"/> local para guarda de lanches | RDC 283/05 Item 4.7.7.7 | | | | |
| <input type="checkbox"/> presença de luz de vigília | RDC 283/05 Item 4.7.7.7 | I | | | |
| <input type="checkbox"/> 1,0m2 por usuário/turno | RDC 283/05 Item 4.7.7.7 | | | | |
| Cozinha com: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Área de recepção dos gêneros alimentícios | | | | | |

| | | | | | |
|---|--------------------------|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> área de armazenagem (despensa) dos gêneros alimentícios <input type="checkbox"/> área de preparo de alimentos com bancada e pia <input type="checkbox"/> área de cocção <input type="checkbox"/> área de posicionamento e distribuição de refeições <input type="checkbox"/> área de armazenagem e lavagem de vasilhames, utensílios e panelas (separada da área de preparo), dotada de bancada com pia <input type="checkbox"/> janelas teladas, pisos e paredes íntegros, impermeáveis e de fácil limpeza | RDC 283/05 Item 4.7.7.8 | I | | | |
| Depósito de Material de Limpeza (DML) com tanque, paredes e pisos íntegros, impermeáveis e de fácil limpeza | RDC 283/05 Item 4.7.7.11 | I | | | |
| Observações | | | | | |

SALA DE UTILIDADES E EXPURGO

| Itens verificados | Instrumento normativo | IC | Sim | Não | N A |
|---|-----------------------|----|-----|-----|-----|
| Segue as especificações da NBR 9050? | | I | | | |
| Fica próxima aos dormitórios? | | R | | | |
| Possui área mínima de 4,0m ² ? | | R | | | |
| Possui bancada com pia e pia de despejo? | | R | | | |
| Possui prateleiras? | | R | | | |
| Possui ventilação natural ou exaustão mecânica? | | R | | | |
| Observações | | | | | |

VESTIÁRIO E BANHEIRO PARA FUNCIONÁRIOS

| Itens verificados | Instrumento normativo | IC | Sim | Não | N A |
|---|----------------------------|----|-----|-----|-----|
| Possui vestiário e banheiro para os funcionários separados por sexo? | RDC 283/05 Item 4.7.7.13 | I | | | |
| Banheiro com área mínima de 3,6m ² contendo 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 10 funcionários? | RDC 283/05 Item 4.7.7.13.a | I | | | |
| Área de vestiário com área mínima de 0,5m ² por funcionário/turno? | RDC 283/05 Item 4.7.7.13.b | I | | | |
| Pisos e paredes íntegros, impermeáveis e de fácil limpeza? | | I | | | |
| Observações | | | | | |

ABRIGO DE RESÍDUOS SÓLIDOS

| Itens verificados | Instrumento normativo | IC | Sim | Não | N A |
|--|--------------------------|----|-----|-----|-----|
| Possui abertura de porta no sentido de fuga? | RDC 283/05 Item 4.7.7.14 | I | | | |
| Possui janela telada? | RDC 283/05 Item 4.7.7.14 | I | | | |
| Pisos e paredes íntegros, impermeáveis e de fácil limpeza? | RDC 283/05 Item 4.7.7.14 | I | | | |
| Possui torneira ou lavatório, ralo sifonado em tampa escamoteável? | RDC 283/05 Item 4.7.7.14 | I | | | |
| A Instituição apresenta, por escrito, Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde? | RDC 283/05 Item 4.7.7.14 | R | | | |
| Observações | | | | | |

LAVANDERIA

| Itens verificados | Instrumento normativo | IC | Sim | Não | N A |
|--|--------------------------|----|-----|-----|-----|
| Possui lavanderia? | RDC 283/05 Item 4.7.7.9 | I | | | |
| Possui local para guarda de roupas de uso coletivo? | RDC 283/05 Item 4.7.7.10 | I | | | |
| Possui local para guarda de material de limpeza? I | | I | | | |
| Possui almoxarifado indiferenciado com área mínima de 10,0m ² ? | RDC 283/05 Item 4.7.7.12 | I | | | |
| Possui paredes e pisos íntegros, impermeáveis de fácil limpeza? | | I | | | |
| Existe setorização em área de: separação, pesagem, lavagem, centrifugação, secagem, passagem, dobragem e guarda? | | I | | | |
| Observações | | | | | |

ÁREA DE ATIVIDADES PARA RESIDENTES COM GRAU DE DEPENDÊNCIA I E II

| Itens verificados | Instrumento normativo | IC | Sim | Não | NA |
|---|---------------------------|----|-----|-----|----|
| Sala para atividades coletivas para no máximo 15 residentes, com área mínima de 1,0m ² por pessoa? | RDC 283/05 Item 4.7.7.2.a | I | | | |
| Sala de convivência com área mínima de 1,3m ² por pessoa? | RDC 283/05 Item 4.7.7.2.b | I | | | |
| Sala para atividades de apoio individual e sócio familiar com área mínima de 9,0m ² ? | RDC 283/05 Item 4.7.7.3 | I | | | |
| Sala de estar com tv, jogos, recreação com pisos e paredes íntegras, impermeáveis e de fácil limpeza? | | I | | | |
| Varanda com pisos e paredes íntegros, impermeáveis e de fácil limpeza? | | R | | | |
| Área externa para deambulação que permita banho de sol, com bancos, vegetação e outros? | RDC 283/05 Item 4.7.7.15 | I | | | |
| Espaço ecumênico e/ou para meditação? | RDC 283/05 Item 4.7.7.5 | I | | | |
| Observações | | | | | |

ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS

| Itens verificados | Instrumento normativo | IC | SIM | Não | NA |
|--|-------------------------|----|-----|-----|----|
| Secretaria | RDC 283/05 Item 4.7.7.6 | R | | | |
| Sala de Espera/Estar | | I | | | |
| Telefone comunitário para uso dos idosos | | R | | | |
| Observações | | | | | |

CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME)

| | | | | | |
|---|--|-------------|--|--|--|
| Utiliza exclusivamente material descartável | | I | | | |
| Esterilização é realizada no local e possui: <input type="checkbox"/> Sala de lavagem e desinfecção com dimensão mínima de 4m, bancada com pia e pia de despejo. <input type="checkbox"/> Sala de esterilização com área mínima de 4,8m com lavatório, bancada seca, autoclave e armário para guarda de material esterilizado | | R I I | | | |
| Possui normas e rotinas técnicas, por escrito, relativas ao controle de infecção | | I | | | |
| Observações | | | | | |

*** Grau de dependência**

| Grau | Especificação |
|------|--|
| I | Idosos independentes, mesmo que usem equipamentos de auto ajuda (qualquer equipamento ou adaptação utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como: bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada) |
| II | Idosos com dependência em até três atividades de vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada |
| III | Idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou comprometimento cognitivo |

LEGENDA

| |
|---|
| IC = Índice de Criticidade; I = Imprescindível; N = Necessário; R = Recomendável; INF = Informativo; NA = Não se Aplica |
|---|

LISTA COMPLETA DOS INSTRUMENTOS NORMATIVOS ESPECIFICADOS NO ROTEIRO

RDC ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005 - Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para

as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial

RDC ANVISA nº 216, de 15 de setembro de 2004

Lei nº 10741, de 01 de outubro de 2003 - Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências

ABNT. NBR 7192: Elevadores elétricos - elevadores de passageiros, elevadores de carga, monta-cargas e elevadores de maca

projeto, fabricação e instalação, 1998

ABNT. NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos, 2004

ABNT. NBR 13994: Elevadores de passageiros - elevadores para transporte de pessoa portadora de deficiência, 2000

Anexo B - Legislação sanitária

Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11 inciso IV do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999, c/c do Art. 111, inciso I, alínea "b" § 1º do Regimento Interno aprovado pela Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000, republicada no DOU de 22 de dezembro de 2000, em reunião realizada em 20, de setembro de 2005, e:

considerando a necessidade de garantir a população idosa os direitos assegurados na legislação em vigor;

considerando a necessidade de prevenção e redução dos riscos à saúde aos quais ficam expostos os idosos residentes em instituições de Longa Permanência;

considerando a necessidade de definir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação, bem como mecanismos de monitoramento das Instituições de Longa Permanência para idosos;

considerando a necessidade de qualificar a prestação de serviços públicos e privados das Instituições de Longa Permanência para Idosos,

adota a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial, na forma do Anexo desta Resolução.

Art. 2º As secretarias de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal devem implementar procedimentos para adoção do Regulamento Técnico estabelecido por esta RDC, podendo adotar normas de caráter suplementar, com a finalidade de adequá-lo às especificidades locais.

Art. 3º. O descumprimento das determinações deste Regulamento Técnico constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator a processo e penalidades previstas na Lei nº 6437, de 20 de agosto de 1977, ou instrumento legal que venha a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação,

DIRCEU RAPOSO DE MELLO

ANEXO

REGULAMENTO TÉCNICO PARA O FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANENCIA PARA IDOSOS.

1. OBJETIVO

Estabelecer o padrão mínimo de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos.

2. ABRANGÊNCIA

Esta norma é aplicável a toda instituição de longa permanência para idosos, governamental ou não governamental, destinada à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar.

3. DEFINIÇÕES

3.1 - Cuidador de Idosos- pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar atividades da vida diária.

3.2 - Dependência do Idoso - condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades da vida diária.

3.3 - Equipamento de Auto-Ajuda - qualquer equipamento ou adaptação, utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada.

3.4 - Grau de Dependência do Idoso

a) Grau de Dependência I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda;

b) Grau de Dependência II - idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;

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

3.5 - Indivíduo autônomo - é aquele que detém poder decisório e controle sobre a sua vida.

3.6 - Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) - 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 e dignidade e cidadania.

4. CONDIÇÕES GERAIS

4.1 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos é responsável pela atenção ao idoso conforme definido neste regulamento técnico.

4.2 - A instituição deve propiciar o exercício dos direitos humanos (civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais) de seus residentes.

4.3 - A instituição deve atender, dentre outras, às seguintes premissas:

4.3.1 - Observar os direitos e garantias dos idosos, inclusive o respeito à liberdade de credo e a liberdade de ir e vir, desde que não exista restrição determinada no Plano de Atenção à Saúde;

4.3.2 - Preservar a identidade e a privacidade do idoso, assegurando um ambiente de respeito e dignidade;

4.3.3 - Promover ambiência acolhedora;

4.3.4 - Promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência;

4.3.5 - Promover integração dos idosos, nas atividades desenvolvidas pela comunidade local;

4.3.6 - Favorecer o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações;

4.3.7 - Incentivar e promover a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente;

4.3.8 - Desenvolver atividades que estimulem a autonomia dos idosos;

4.3.9 - Promover condições de lazer para os idosos tais como: atividades físicas, recreativas e culturais.

4.3.10 - Desenvolver atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra pessoas nela residentes.

4.4 - A categorização da instituição deve obedecer à normalização do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, Coordenador da Política Nacional do Idoso.

4.5. Organização

4.5.1 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve possuir alvará sanitário atualizado expedido pelo órgão sanitário competente, de acordo com o estabelecido na Lei Federal nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977 e comprovar a inscrição de seu programa junto ao Conselho do Idoso, em conformidade com o Parágrafo Único, Art. 48 da nº Lei 10.741 de 2003.

4.5.2 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve estar legalmente constituída e apresentar:

- a) Estatuto registrado;
- b) Registro de entidade social;
- c) Regimento Interno.

4.5.3 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve possuir um Responsável Técnico - RT pelo serviço, que responderá pela instituição junto à autoridade sanitária local.

4.5.3.1 - O Responsável Técnico deve possuir formação de nível superior

4.5.4 - A Instituição de Longa Permanência para idosos deve celebrar contrato formal de prestação de serviço com o idoso, responsável legal ou Curador, em caso de interdição judicial, especificando o tipo de serviço prestado bem como os direitos e as obrigações da entidade e do usuário em conformidade com inciso I artigo 50 da Lei nº 10.741 de 2003.

4.5.5 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve organizar e manter atualizados e com fácil acesso, os documentos necessários à fiscalização, avaliação e controle social.

4.5.6 - A instituição poderá terceirizar os serviços de alimentação, limpeza e lavanderia, sendo obrigatória à apresentação do contrato e da cópia do alvará sanitário da empresa terceirizada.

4.5.6.1 A instituição que terceirizar estes serviços está dispensada de manter quadro de pessoal próprio e área física específica para os respectivos serviços.

4.6 - Recursos Humanos

4.6.1 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve apresentar recursos humanos, com vínculo formal de trabalho, que garantam a realização das seguintes atividades:

4.6.1.1 - Para a coordenação técnica: Responsável Técnico com carga horária mínima de 20 horas por semana.

4.6.1.2 - Para os cuidados aos residentes:

- a) Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;
- b) Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;
- c) Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.

4.6.1.3 - Para as atividades de lazer: um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana.

4.6.1.4 - Para serviços de limpeza: um profissional para cada 100m² de área interna ou fração por turno diariamente.

4.6.1.5 - Para o serviço de alimentação: um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas.

4.6.1.6 - Para o serviço de lavanderia: um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente.

4.6.2 - A instituição que possuir profissional de saúde vinculado à sua equipe de trabalho, deve exigir registro desse profissional no seu respectivo Conselho de Classe.

4.6.3 - A Instituição deve realizar atividades de educação permanente na área de gerontologia, com objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos.

4.7 - Infraestrutura Física

4.7.1 - Toda construção, reforma ou adaptação na estrutura física das instituições, deve ser precedida de aprovação de projeto arquitetônico junto à autoridade sanitária local bem como do órgão municipal competente.

4.7.2 - A Instituição deve atender aos requisitos de infraestrutura física previstos neste Regulamento Técnico, além das exigências estabelecidas em códigos, leis ou normas pertinentes, quer na esfera federal, estadual ou municipal e, normas específicas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas referenciadas neste Regulamento.

4.7.3 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e garantir a acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de locomoção segundo o estabelecido na Lei Federal 10.098/00.

4.7.4 - Quando o terreno da Instituição de Longa Permanência para idosos apresentar desníveis, deve ser dotado de rampas para facilitar o acesso e a movimentação dos residentes.

4.7.5 - Instalações Prediais - As instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, proteção e combate a incêndio, telefonia e outras existentes, deverão atender às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às normas técnicas brasileiras pertinentes a cada uma das instalações.

4.7.6 - A instituição deve atender às seguintes exigências específicas:

4.7.6.1 - Acesso externo - devem ser previstas, no mínimo, duas portas de acesso, sendo uma exclusivamente de serviço.

4.7.6.2 - Pisos externos e internos (inclusive de rampas e escadas) - devem ser de fácil limpeza e conservação, uniformes, com ou sem juntas e com mecanismo antiderrapante.

4.7.6.3 - Rampas e Escadas - devem ser executadas conforme especificações da NBR 9050/ABNT, observadas as exigências de corrimão e sinalização.

a) A escada e a rampa acesso à edificação devem ter, no mínimo, 1,20m de largura.

4.7.6.4 - Circulações internas - as circulações principais devem ter largura mínima de 1,00m e as secundárias podem ter largura mínima de 0,80 m; contando com luz de vigília permanente.

a) circulações com largura maior ou igual a 1,50 m devem possuir corrimão dos dois lados;

b) circulações com largura menor que 1,50 m podem possuir corrimão em apenas um dos lados.

4.7.6.5 - Elevadores - devem seguir as especificações da NBR 7192/ABNT e NBR 13.994.

4.7.6.6 - Portas - devem ter um vão livre com largura mínima de 1,10m, com travamento simples sem o uso de trancas ou chaves.

4.7.6.7 - Janelas e guarda-corpos - devem ter peitoris de no mínimo 1,00m.

4.7.7 - A Instituição deve possuir os seguintes ambientes:

4.7.7.1 - Dormitórios separados por sexos, para no máximo 4 pessoas, dotados de banheiro.

a) Os dormitórios de 01 pessoa devem possuir área mínima de 7,50 m², incluindo área para guarda de roupas e pertences do residente.

b) Os dormitórios de 02 a 04 pessoas devem possuir área mínima de 5,50m² por cama, incluindo área para guarda de roupas e pertences dos residentes.

c) Devem ser dotados de luz de vigília e campainha de alarme.

d) Deve ser prevista uma distância mínima de 0,80 m entre duas camas e 0,50m entre a lateral da cama e a parede paralela.

e) O banheiro deve possuir área mínima de 3,60 m², com 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro, não sendo permitido qualquer desnível em forma de degrau para conter a água, nem o uso de revestimentos que produzam brilhos e reflexos.

4.7.7.2 Áreas para o desenvolvimento das atividades voltadas aos residentes com graus de dependência I, II e que atendam ao seguinte padrão:

a) Sala para atividades coletivas para no máximo 15 residentes, com área mínima de 1,0 m² por pessoa

b) Sala de convivência com área mínima de 1,3 m² por pessoa

4.7.7.3 Sala para atividades de apoio individual e sócio-familiar com área mínima de 9,0 m²

4.7.7.4 - Banheiros Coletivos, separados por sexo, com no mínimo, um box para vaso sanitário que permita a transferência frontal e lateral de uma pessoa em cadeira de rodas, conforme especificações da NBR9050/ABNT.

a) As portas dos compartimentos internos dos sanitários coletivos devem ter vãos livres de 0,20m na parte inferior.

4.7.7.5 - Espaço ecumênico e/ou para meditação

4.7.7.6 - Sala administrativa/reunião

4.7.7.7 - Refeitório com área mínima de 1m² por usuário, acrescido de local para guarda de lanches, de lavatório para higienização das mãos e luz de vigília.

4.7.7.8 - Cozinha e despensa

4.7.7.9 - Lavanderia

4.7.7.10 - Local para guarda de roupas de uso coletivo

4.7.7.11 - Local para guarda de material de limpeza

4.7.7.12 - Almojarifado indiferenciado com área mínima de 10,0 m².

4.7.7.13 - Vestiário e banheiro para funcionários, separados por sexo.

a) Banheiro com área mínima de 3,6 m², contendo 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 10 funcionários ou fração.

b) Área de vestiário com área mínima de 0,5 m² por funcionário/turno.

4.7.7.14 -Lixeira ou abrigo externo à edificação para armazenamento de resíduos até o momento da coleta.

4.7.7.15 - Área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre (solarium com bancos, vegetação e outros)

4.7.7.16 - A exigência de um ambiente, depende da execução da atividade correspondente.

4.7.8 - Os ambientes podem ser compartilhados de acordo com a afinidade funcional e a utilização em horários ou situações diferenciadas.

5 - Processos Operacionais

5.1 - Gerais

5.1.1 - Toda ILPI deve elaborar um plano de trabalho, que contemple as atividades previstas nos itens 4.3.1 a 4.3.11 e seja compatível com os princípios deste Regulamento.

5.1.2 - As atividades das Instituições de Longa Permanência para idosos devem ser planejadas em parceria e com a participação efetiva dos idosos, respeitando as demandas do grupo e aspectos socioculturais do idoso e da região onde estão inseridos.

5.1.3 - Cabe às Instituições de Longa Permanência para idosos manter registro atualizado de cada idoso, em conformidade com o estabelecido no Art. 50, inciso XV, da Lei 1.0741 de 2003.

5.1.4 - A Instituição de Longa Permanência para idosos deve comunicar à Secretaria Municipal de Assistência Social ou congêneres, bem como ao Ministério Público, a situação de abandono familiar do idoso ou a ausência de identificação civil.

5.1.5 - O responsável pela instituição deve manter disponível cópia deste Regulamento para consulta dos interessados.

5.2 - Saúde

5.2.1 - A instituição deve elaborar, a cada dois anos, um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde.

5.2.2 - O Plano de Atenção à Saúde deve contar com as seguintes características:

5.2.2.1 - Ser compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade

5.2.2.2 - Indicar os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário;

5.2.2.3 - prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção;

5.2.2.4 - conter informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes.

5.2.3 - A instituição deve avaliar anualmente a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização.

5.2.4 - A Instituição deve comprovar, quando solicitada, a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização de Ministério da Saúde.

5.2.5 - Cabe ao Responsável Técnico - RT da instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos idosos, respeitados os regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e administração, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica.

5.2.6 A instituição deve dispor de rotinas e procedimentos escritos, referente ao cuidado com o idoso

5.2.7 - Em caso de intercorrência médica, cabe ao RT providenciar o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no plano de atenção e comunicar a sua família ou representante legal.

5.2.7.1 - Para o encaminhamento, a instituição deve dispor de um serviço de remoção destinado a transportar o idoso, segundo o estabelecido no Plano de Atenção à Saúde

5.3 - Alimentação

5.3.1 A Instituição deve garantir aos idosos a alimentação, respeitando os aspectos culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias.

5.3.2 - A manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento e distribuição dos alimentos devem seguir o estabelecido na RDC n°. 216/2004 que dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação.

5.3.3 - A instituição deve manter disponíveis normas e rotinas técnicas quanto aos seguintes procedimentos:

- a) limpeza e descontaminação dos alimentos;
- b) armazenagem de alimentos;
- c) preparo dos alimentos com enfoque nas boas práticas de manipulação;
- d) boas práticas para prevenção e controle de vetores;
- e) acondicionamento dos resíduos.

5.4 - Lavagem, processamento e guarda de roupa

5.4.1 - A instituição deve manter disponíveis as rotinas técnicas do processamento de roupas de uso pessoal e coletivo, que contemple:

- a) lavar, secar, passar e reparar as roupas;
- b) guarda e troca de roupas de uso coletivo.

5.4.2 - A Instituição deve possibilitar aos idosos independentes efetuarem todo o processamento de roupas de uso pessoal.

5.4.3 - As roupas de uso pessoal devem ser identificadas, visando a manutenção da individualidade e humanização.

5.4.4 - Os produtos utilizados no processamento de roupa devem ser registrados ou notificados na Anvisa/MS

5.5 - Limpeza

5.5.1 - A instituição deve manter os ambientes limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade

5.5.2 - A instituição deve manter disponíveis as rotinas quanto à limpeza e higienização de artigos e ambientes;

5.5.3 - Os produtos utilizados no processamento de roupa devem ser registrados ou notificados na Anvisa/MS

6. Notificação Compulsória

6.1 - A equipe de saúde responsável pelos residentes deverá notificar à vigilância epidemiológica a suspeita de doença de notificação compulsória conforme o estabelecido no Decreto nº. 49.974-A - de 21 de janeiro de 1961, Portaria Nº 1.943, de 18 de outubro de 2001, suas atualizações, ou outra que venha a substituí-la.

6.2 - A instituição deverá notificar imediatamente à autoridade sanitária local, a ocorrência dos eventos sentinelas abaixo:

6.2.1 - Queda com lesão

6.2.2 - Tentativa de suicídio

6.3 - A definição dos eventos mencionados nesta Resolução deve obedecer à padronização a ser publicada pela Anvisa, juntamente com o fluxo e instrumentos de notificação.

7. Monitoramento e Avaliação do Funcionamento das Instituições

7.1 - A constatação de qualquer irregularidade no funcionamento das instituições deve ser imediatamente comunicada a vigilância sanitária local.

7.2 -. Compete às Instituições de Longa Permanência para idosos a realização continuada de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento da instituição.

7.3. A avaliação referida no item anterior deve ser realizada levando em conta, no mínimo, os seguintes indicadores:

| Nº | Indicador | Fórmula e Unidade | Frequência de produção |
|----|------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 1 | Taxa de mortalidade em | (Número de óbitos de idosos | Mensal |

| | | | |
|---|--|--|--------|
| | idosos residentes | residentes no mês / Número de idosos residentes no mês ¹) * 100 [%] | |
| 2 | Taxa incidência ² de doença diarreica aguda ³ em idosos residentes | 2 (Número de novos casos de doença diarreica aguda em idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês ¹) * 100 [%] | Mensal |
| 3 | Taxa de incidência de escabiose ⁴ em idosos residentes | (Número de novos casos de escabiose em idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês ¹) *100 [%] | Mensal |
| 4 | Taxa de incidência de desidratação ⁵ em idosos residentes | (Número de idosos que apresentaram desidratação / Número de idosos residentes no mês ¹) *100 [%] | Mensal |
| 5 | Taxa de prevalência ⁶ de úlcera de decúbito em idosos residentes | (Número de idosos residentes apresentando úlcera de decúbito no mês/ Número de idosos residentes no mês ¹) *100 [%] | Mensal |
| 6 | Taxa de prevalência de desnutrição ⁷ em idosos residentes | (Número de idosos residentes com diagnóstico de desnutrição no mês/ Número de idosos residentes no mês ¹) *100 [%] | Mensal |
| 1 - População exposta: considerar o número de idosos residentes do dia 15 de cada mês. | | | |
| 2 - Taxa de incidência: é uma estimativa direta da probabilidade ou risco de desenvolvimento de determinada doença em um período de tempo específico; o numerador corresponde aos novos casos, ou seja, aqueles iniciados no período em estudo. | | | |
| 3- Doença diarreica aguda: Síndrome causada por vários agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitas), cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência. Com frequência, é acompanhada de vômito, febre e dor abdominal. Em alguns casos, há presença de muco e sangue. No geral, é autolimitada, com duração entre 2 e 14 dias. As formas variam desde leves até graves, com desidratação e distúrbios eletrolíticos, principalmente quando associadas à desnutrição prévia. | | | |
| 4- Escabiose: parasitose da pele causada por um ácaro cuja penetração deixa lesões em forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos, nos quais ele deposita seus ovos. As áreas preferenciais da pele onde se visualizam essas lesões são as regiões interdigitais, punhos (face anterior), axilas (pregas anteriores), região peri-umbilical, | | | |

sulco inter glúteo, órgãos genitais externos nos homens. Em crianças e idosos, podem também ocorrer no couro cabeludo, nas palmas e plantas. O prurido é intenso e, caracteristicamente, maior durante a noite, por ser o período de reprodução e deposição de ovos.

5- Desidratação: (perda de água) Falta de quantidade suficiente de líquidos corpóreos para manter as funções normais em um nível adequado. Deficiência de água e eletrólitos corpóreos por perdas superiores à ingestão. Pode ser causadas por: ingestão reduzida (anorexia, coma e restrição hídrica); perda aumentada gastrointestinal (vômitos e diarreia), ou urinária (diurese osmótica, administração de diuréticos, insuficiência renal crônica e da suprarrenal), ou cutânea e respiratória (queimaduras e exposição ao calor).

6 - Taxa de prevalência: mede o número de casos presentes em um momento ou em um período específico; o numerador compreende os casos existentes no início do período de estudo, somados aos novos casos.

7 - Desnutrição: Condição causada por ingestão ou digestão inadequada de nutrientes. Pode ser causada pela ingestão de uma dieta não balanceada, problemas digestivos, problemas de absorção ou problemas similares. É a manifestação clínica decorrente da adoção de dieta inadequada ou de patologias que impedem o aproveitamento biológico adequado da alimentação ingerida.

7.4. Todo mês de janeiro a instituição de Longa Permanência para idosos deve encaminhar à Vigilância Sanitária local o consolidado dos indicadores do ano anterior

7.5 O consolidado do município deverá ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde e o consolidado dos estados à ANVISA e à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

8. Disposições Transitórias

8.1. As instituições existentes na data da publicação desta RDC, independente da denominação ou da estrutura que possuam, devem adequar-se aos requisitos deste Regulamento Técnico, no prazo de vinte e quatro meses a contar da data de publicação desta.

9. Referência Bibliográfica

- BRASIL. LEI N°. 10.741/2003 - Lei Especial - Estatuto do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, 2003.

- BRASIL. LEI N°. 8.842/1994 - Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1994.
- BRASIL. DECRETO N°. 1.948/1996 - Regulamenta a Lei 8.842 de 1994 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.
- BRASIL. PORTARIA N°. 73, DE 2001 - Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil, Secretaria de Políticas de Assistência Social Departamento de Desenvolvimento da Política De Assistência Social, Gerência de Atenção a Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.
- BRASIL. LEI N°. 6.437, 1977 - Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1977.
- BRASIL. DECRETO N° 77052, de 1976 - Dispõe sobre a fiscalização sanitária das condições de exercício de profissões e ocupações técnicas e auxiliares, relacionadas diretamente com a saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 1976.

Anexo C - Parecer Consubstanciado

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A POSSIBILIDADE DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS EM PROPORCIONAR UMA VIDA DIGNA A SEUS USUÁRIOS: UM ESTUDO POR MEIO DA BIOÉTICA DE PROTEÇÃO.

Pesquisador: APARECIDA MARIA MENDES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 96611318.0.0000.5102

Instituição Proponente: FUNDACAO DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO SAPUCAI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.933.693

Apresentação do Projeto:

O presente estudo visa a conhecer as Instituições de Longa Permanência para Idosos e sua adequação para prover uma vida digna para seus moradores, numa perspectiva da Bioética da Proteção. Trata-se de um estudo transversal, analítico e exploratório, com abordagem quantitativa. O cenário de estudo serão as ILPI localizadas na região sob jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Pouso Alegre (SRS Pouso Alegre). O instrumento deste estudo será o Roteiro de Inspeção Sanitária em ILPI, utilizado pelas vigilâncias sanitárias estadual e municipal, baseado na RDC 283/05. O procedimento utilizado para a efetivação do trabalho será entrevista, após contato telefônico com o responsável pelo estabelecimento. Os dados coletados serão analisados descritiva e analiticamente.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste estudo é conhecer as Instituições de Longa Permanência para Idosos e sua adequação para prover uma vida digna para seus moradores, numa perspectiva da Bioética da Proteção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os Riscos inerentes a este estudo são aqueles dos trabalhos que utilizam questionários para obtenção de Informações. Como, neste caso, o questionário utilizado é um instrumento oficial e público que faz parte das rotinas dos serviços de vigilância sanitária estaduais e

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9232

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO -



Continuação do Parecer: 2.933.693

municipais, os eventuais riscos podem advir de desconforto pelo tempo consumido gasto pela na aplicação do instrumento.

Benefícios: Considerando o envelhecimento da população, e com o aumento da demanda e também da oferta das ILPI, torna este trabalho de fundamental importância devido a inexistência de pesquisas sobre estas instituições nesta região, e a possibilidade de conhecer a realidade destes estabelecimentos, subsidiando o planejamento das ações de fiscalização e a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos como alternativa aos

idosos que necessitam de cuidados de longa duração, e por diversas razões não podem ser cuidados pela família. Com este trabalho produzindo informações na área científica e contribuindo com o papel social da UNIVÁS como geradora de conhecimento e agente transformador da sociedade, dar visibilidade as situações encontradas nestas instituições, trazendo a discussão para o meio acadêmico sobre o envelhecimento associado ao aumento da expectativa de vida e a velhice como uma questão social.

A bioética da proteção apresenta ferramentas que procuram entender os conflitos gerados com o envelhecimento na família e na sociedade, trazendo para reflexão sobre o cuidado que é oferecido a esta população, a discussão do papel do Estado em amparar os idosos, assegurando sua participação na sociedade e a garantia do direito a uma vida digna, respeitando as particularidades de cada indivíduo, que em situações mais extremas são incapazes de zelar pelo próprio bem-estar e não possuem amparo familiar necessário nas situações de maior vulnerabilidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de relevância social e científica que pode trazer subsídios para o conhecimento das condições de oferta de atendimento disponibilizadas pelas ILPI da região adscrita, possibilitando um diagnóstico importante na busca de melhorias nestes estabelecimentos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão presentes.

Recomendações:

Divulgar os resultados do estudo à comunidade escolar onde o mesmo foi realizado e à comunidade acadêmica, possibilitando a continuidade de estudos sobre o tema.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa atende as disposições da Resolução 466/12 e pode ser aprovado.

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9232

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO -



Continuação do Parecer: 2.933.693

Considerações Finais a critério do CEP:

Ao término do estudo apresentar relatório ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|---------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1206184.pdf | 02/10/2018 13:16:08 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | MODELO_TCLE.pdf | 18/09/2018 14:59:25 | APARECIDA MARIA MENDES | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 17/09/2018 15:34:26 | APARECIDA MARIA MENDES | Aceito |
| Recurso Anexado pelo Pesquisador | OFCEP.pdf | 17/09/2018 15:29:00 | APARECIDA MARIA MENDES | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto.pdf | 17/09/2018 15:23:39 | APARECIDA MARIA MENDES | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_Rosto_Assinada.pdf | 22/08/2018 16:33:32 | APARECIDA MARIA MENDES | Aceito |
| Outros | Autorizacao.docx | 22/08/2018 16:21:13 | APARECIDA MARIA MENDES | Aceito |
| Outros | Questionario.pdf | 22/08/2018 16:03:33 | APARECIDA MARIA MENDES | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

POUSO ALEGRE, 02 de Outubro de 2018

Assinado por:
Silvia Mara Tasso
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470
Bairro: Campus Fátima I CEP: 37.554-210
UF: MG Município: POUSO ALEGRE
Telefone: (35)3449-9232 E-mail: pesquisa@univas.edu.br