

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

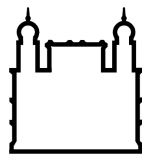
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO VIGILÂNCIA EM SAÚDE

IANARA ACIOLI DE FREITAS MELO

“Perfil das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Estado de Alagoas no Período de 2007 a 2008”

Fortaleza, Ceará

Fevereiro de 2009



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



“Perfil das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Estado de Alagoas no Período de 2007 a 2008”

por

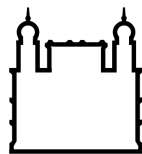
Ianara Acioli de Freitas Melo

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

*Orientadora: Prof.ª Dr.ª Elsie Sobreira Kubrusly
Professor Colaborador: Dr. Arnaldo Aires Peixoto Junior*

Fortaleza, Ceará

13 de Fevereiro de 2009



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Perfil das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Estado de Alagoas no Período de 2007 a 2008”

apresentada por

Ianara Acioli de Freitas Melo

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. João Macedo Coelho Filho
Prof.ª Dr.ª Inês Echenique Mattos
Prof.ª Dr.ª Elsie Sobreira Kubrusly - Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 13 de fevereiro de 2009.

Catálogo na Fonte
Instituto de comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

M528 Melo, Ianara Acioli de Freitas
Perfil das Instituições de longa permanência para idosos no Estado de Alagoas no período de 2007 a 2008. / Ianara Acioli de Freitas Melo. Rio de Janeiro : s.n., 2009.
83 p., il., tab., graf.

Orientador: Kubrusly, Elsie Sobreira
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

1. Idoso. 2. Envelhecimento da População. 3. Instituição de Longa Permanência para Idosos. 4. Saúde do Idoso Institucionalizado. 5. Institucionalização. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.6098135

*Ao meu eterno amor,
que deu um novo rumo a minha vida
e me mostrou que eu posso ser mãe,
mas que infelizmente, não permaneceu entre nós,*

Meu Pequeno Grande Anjinho

Mateus Acioli de Freitas Melo

E que estará sempre em nossos corações.

Saudades Eternas!!!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, pela vida, pela saúde e pela força para continuar a caminhada em busca dos meus objetivos.

Aos meus orientadores, Prof^ª. Elsie Sobreira Kubrusly e Prof^º. Arnaldo Aires Peixoto Junior, pela orientação, dedicação, experiência e conhecimento disponibilizados, permitindo que eu superasse e vencesse mais este desafio.

À Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca por realizar em parceria com Escola de Saúde Pública do Ceará, este Mestrado Profissional em Saúde Pública, que me abriu novos caminhos de conhecimentos.

Às Coordenadoras do Mestrado, Prof^ª. Silvana Granado Nogueira da Gama e Inês Echenique Mattos, e aos professores, pelo apoio, orientação e conhecimento, e até pela paciência com esta turma multiprofissional no decorrer deste mestrado.

Aos colegas e amigos que compartilharam dificuldades e alegrias criando laços de amizade, que com certeza, perdurarão para sempre.

Em particular, às minhas coleguinhas de quarto e amigas de coração, Edna, Claudia e Herbene, que ao longo desses dois anos partilharam comigo alegrias, angústias, muito estudo, e me proporcionaram a oportunidade de aprender, discutir, dividir experiências e conhecimentos, e principalmente, formar um laço de amizade que ficará pra sempre em meu coração.

À Diretoria Estadual de Vigilância Sanitária, por meio da Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas, pela disponibilidade de passagens e diárias, que possibilitou a conclusão deste Mestrado.

Aos meus pais, Marluce Acioli e Paulo Freitas, que sempre me apoiaram e me deram força para superar mais esta fase em minha vida, como também toda minha família, pelo incentivo e pela compreensão dedicados no transcorrer do curso, colaborando para que fossem ultrapassadas todas as dificuldades.

Agradecimento especial ao meu esposo, Frank Melo, que tanto me ajudou, me apoiou, me deu força nos momentos de fraqueza porque sempre acreditou em meu potencial, pelas “consultas telefônicas” de informática que tanto me ajudaram no decorrer deste mestrado, e principalmente, pelo companheirismo constante e por este amor imenso que temos e construímos em nossos corações. Tenha certeza sempre: valeu a pena lhe amar; ser sua namorada; sua companheira; e hoje sua esposa. Te amo!!!

*Sem sonhos, a vida não tem brilho.
Sem metas, os sonhos não têm alicerces.
Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais.
Sonhe, trace metas, estabeleça prioridades
e corra riscos para executar seus sonhos.
Melhor é errar por tentar do que errar por se omitir!
Não tenha medo dos tropeços da jornada.
Não esqueça que você, ainda que incompleto,
foi o maior aventureiro da sua História.*

Augusto Cury

RESUMO

INTRODUÇÃO: O processo de transição demográfica vivenciado no Brasil apresenta características particulares. Grande parte da população idosa tem baixo nível socioeconômico e educacional, e devido à alta prevalência de doenças crônicas causadoras de limitações funcionais e de incapacidades, tornam-se dependentes. Este fato gera uma demanda importante com custos elevados para o sistema de saúde, com medicamentos, internações, sejam hospitalares ou em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir que, apesar das progressivas limitações, ela possa viver com a melhor qualidade possível, de maneira independente, junto da família ou ainda nas ILPI.

OBJETIVO: Avaliar as condições de funcionamento das ILPI no Estado de Alagoas, procurando saber se estão adequadas ou não para o atendimento a idosos. Pretendemos contribuir com o fortalecimento dos sistemas de monitoramento, avaliação e institucionalização das ações avaliativas a fim de garantir o cumprimento da legislação vigente pelas ILPI.

METODOLOGIA: Caracteriza-se por um estudo de casos, a partir de dados secundários obtidos por meio da análise dos roteiros das inspeções sanitárias efetuadas nos anos de 2007 e 2008 pela Vigilância Sanitária Estadual e dos Municípios. O objeto de estudo é constituído por dezessete ILPI situadas no Estado de Alagoas.

RESULTADOS: A maioria das ILPI analisadas representava, no momento da inspeção, alto ou médio risco para saúde do idoso, não alcançando os padrões mínimos necessários para o seu funcionamento e não oferecendo, portanto, uma assistência adequada à saúde do idoso institucionalizado.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, Envelhecimento da População, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Saúde do Idoso Institucionalizado, Institucionalização.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The process of demographic transition experienced in Brazil presents particular characteristics. Much of the population has low educational and socioeconomic level, and due to the high prevalence of chronic diseases that cause of functional limitations and disabilities, they become dependent. This fact engenders an important demand with high costs for the health system, with medicines, hospital admissions, or is in Homes for the Aged (ILPI). The biggest challenge in the care of the elderly person is that, despite the progressive constraints, she can live with the best quality possible, of an independent way, with the family or in ILPI.

OBJECTIVE: Evaluate the operating conditions of the ILPI in the state of Alagoas, seeking whether or not they are adequate to meet the elderly. We want to contribute to the strengthening of systems for monitoring, evaluation and institutionalization of evaluation activities to ensure compliance with current legislation by ILPI.

METHODOLOGY: It is characterized by a case study from secondary data obtained from analysis of the roadmaps of health inspections conducted in the years 2007 and 2008 by the Health Surveillance State and the Municipalities. The object of study is composed of seventeen ILPI located in the State of Alagoas.

RESULTS: Most ILPI was analyzed at the time of inspection, high or medium risk to health of the elderly, not reaching the minimum standards required for its operation and not offering therefore an adequate health care for the institutionalized elderly.

KEYWORDS: Aged, Demographic Aging, Homes for the Aged, Health of Institutionalized Elderly, Institutionalization.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução da População Brasileira por Idade e Sexo – 1980 - 2050 _____	20
Gráfico 2 - Expectativa de Vida no Brasil, 1900 - 2025 _____	21
Gráfico 3 - Evolução da Proporção de Idosos e mais Idosos na População Brasileira por Sexo, 1920 - 2020. _____	23
Gráfico 4 - Brasil, Nordeste e Alagoas: Óbitos segundo Causas, 2000 e 2005 _____	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação: Esperança de Vida ao Nascer, por Sexo e Ganho Absoluto, 1991 – 2007 _____	22
Tabela 2 - População Idosa Alagoana Recenseada em 2007, por Faixa Etária e Sexo _____	24
Tabela 3 – Mortalidade Proporcional por ocorrência segundo capítulo CID-10, 2000 e 2005 _____	25
Tabela 4 - Critérios de Avaliação do Padrão de Conformidade _____	44
Tabela 5 - Quantitativo de Itens por Procedimento e Total de Pontos no Instrumento. _____	45
Tabela 6 - Grau de Risco para Saúde dos Idosos, segundo Percentual de Conformidade por Pontuação Obtida no Instrumento _____	45
Tabela 7 - Características das ILPI, quanto a Natureza Jurídica e Número de Residentes _____	48
Tabela 8 - ILPI com Idosos Residentes com Grau de Dependência _____	48
Tabela 9 - Recursos Humanos pelo Total de ILPI _____	49
Tabela 10 - Quantitativo de ILPI por Categoria e Vínculo dos Recursos Humanos _____	49
Tabela 11 - ILPI quanto à Documentação da Instituição _____	50
Tabela 12 - ILPI quanto a Infraestrutura _____	51
Tabela 13 - Total de ILPI que realizam Notificação Compulsória _____	55
Tabela 14 - Consolidado de Pontos Obtidos no Instrumento nas ILPI Analisadas _____	56
Tabela 15 - Total de ILPI por Grau de Risco para Saúde do Idoso _____	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Paredes com Infiltração e Mofo.....	53
Figura 2 - Rampas fora dos padrões	53
Figura 3 - Banheiros com ferrugem, vazamentos e fiação exposta.	53
Figura 4 - Corredores com corrimão	54
Figura 5 - Ambientes específicos (sala de convivência e almoxarifado indiferenciado)	54
Figura 6 - Área descoberta para convivência	54

LISTA DE ABREVIACÕES E / OU SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
VISA – Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	16
2. REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 – ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO	18
2.2 – ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	19
2.3 – ASPECTOS DA MORBI-MORTALIDADE	25
2.4 – ASPECTOS LEGAIS	30
2.5 – INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI	32
2.6 – NORMAS PARA FUNCIONAMENTO DAS ILPI	34
3. OBJETIVOS	42
3.1 – OBJETIVO GERAL	42
3.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
4. METODOLOGIA	43
4.1 – LOCAL DE ESTUDO	43
4.2 – DELINEAMENTO DO ESTUDO	43
4.3 – COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS DO ESTUDO	44
4.4 – ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS	47
4.5 – ASPECTOS ÉTICOS	47
5. RESULTADOS	48
6. DISCUSSÃO	58
7. CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	70
1. ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS	71
ANEXOS	81
1. TERMO DE AUTORIZAÇÃO	82
2. TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS	83

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um processo natural e, assim como ocorre no restante do mundo, a população brasileira está envelhecendo. Este fenômeno determinou uma mudança no perfil epidemiológico das doenças. O Brasil passou, em menos de 40 anos, de um perfil de morbi-mortalidade de doenças infecto-contagiosas para um perfil epidemiológico com enfermidades crônicas característico das faixas etárias mais avançadas ^{1,2,3}.

O processo de transição demográfica vivenciado no Brasil repercute na área da saúde, não só no que diz respeito à necessidade de um maior conhecimento das doenças que afligem a população idosa, mas também torna imprescindível a implantação de políticas que assegurem um envelhecimento saudável e bem sucedido, valorizando, além das potencialidades, as experiências de vida destes idosos ^{1,2,4}.

A produção de um ambiente social e cultural mais favorável à população idosa é uma estratégia pertinente para que possamos ter idosos mais ativos e independentes. Entretanto, ainda encontramos em nosso país, nas mais variadas regiões do mesmo, carência de mão de obra e de instituições para atender esta demanda ^{1,5}.

Em se tratando de idosos doentes, com perdas funcionais e dependentes, a necessidade de serviços e profissionais com competências e habilidades específicas se torna fundamental. A adoção de estratégias para fazer frente ao aumento exponencial do número de idosos dependentes e potencialmente dependentes, capazes de consumir uma parcela desproporcional de recursos da saúde destinada ao financiamento de leitos de longa permanência, poderá acarretar novos e vultosos investimentos ^{1,2,5}.

As internações de idosos em instituições de longa permanência para idosos, asilos, casas de repouso ou similares estão sendo questionadas até mesmo em países desenvolvidos, onde estes serviços alcançaram níveis altamente sofisticados em termos de conforto e eficiência, no entanto o custo e as dificuldades de sua manutenção estão requerendo medidas menos onerosas e mais resolutivas. A abordagem interdisciplinar, com o intuito de não somente de tratar as doenças crônicas, mas de reabilitar o idoso, é uma

estratégia válida e plausível que permite uma redução dos custos com cuidadores capacitados e com institucionalização ².

No Brasil, este cenário vem se tornando preocupante, pois apesar de os idosos consumirem cada vez mais recursos financeiros e humanos, e necessitarem de institucionalizações muitas vezes onerosas, não há trabalhos assegurando se estes indivíduos estão recebendo tratamento adequado nas instituições de longa permanência para idosos (ILPI) conforme rege a resolução 283/05 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária ^{2,6}.

Ciente desta problemática e da necessidade de garantir o cumprimento da legislação vigente e de fortalecer os sistemas de monitoramento e avaliação, nossa pesquisa propõe avaliar as condições de funcionamento das instituições de longa permanência para idosos, sabendo se estão aptas ou não para o atendimento ao idoso, se os idosos estão bem atendidos e se a necessidade dos idosos condiz com a estrutura das ILPI; melhorando assim, o desempenho dos órgãos responsáveis pelas ações de Vigilância à Saúde do Sistema Único de Saúde.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 – ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

A longevidade é atualmente considerada uma vitória para humanidade e importantes fatos marcaram esse ganho no mundo. Segundo definição da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o envelhecimento é *“um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”* ⁴.

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento ocorreu de forma gradual, ao longo de mais de cem anos, associado ao progresso sócio-econômico, conseqüentemente a melhoria nas condições gerais de vida da população, que contou com um amplo sistema de proteção social. Nos países em desenvolvimento, esse processo aconteceu de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes ^{7, 8, 9}.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos países em desenvolvimento, são consideradas idosas as pessoas com 60 anos ou mais; já nos países desenvolvidos este limite sobre para 65 anos ou mais. Essa definição foi estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU), durante a primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, em 1982 ^{10,11}.

No século XXI, o envelhecimento global causará um aumento das demandas sociais e econômicas. É nesse contexto que as políticas públicas de saúde devem inserir a pesquisa na área do envelhecimento e suas repercussões, tanto para o indivíduo que envelhece como para a própria organização do sistema de saúde e estabelecer novas prioridades dirigidas a esse grupo populacional, que deverão nortear as ações em saúde neste novo século ^{2, 12, 13}.

2.2 – ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Em termos proporcionais, no mundo, a faixa etária a partir de 60 anos de idade é a que mais cresce. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223%, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, o mundo contará com aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões de idosos, sendo 80% nos países em desenvolvimento ⁹.

O envelhecimento da população esteve muito associado às regiões mais desenvolvidas do mundo. Nestes países o seguimento populacional que mais cresce é o idoso, com um crescimento negativo da população em alguns deles, ou seja, com a taxa de natalidade mais baixa que a de mortalidade. Assim a população idosa passou a ter um peso maior no total da população, devido à redução relativa do número de nascimentos com queda da fecundidade, além da redução da mortalidade ⁷.

Nove entre dez países com população maior que 10 milhões e maior proporção de habitantes idosos estão na Europa. Entre 1998 e 2025, o crescimento da população idosa em países como Europa e América do norte, aumentará de 20% para 28% e de 16% para 26% respectivamente. Em 2025, os idosos irão formar aproximadamente um terço da população de países como Japão, Alemanha e Itália, seguidos de perto por outros países europeus ^{7,9}.

Em todo o mundo a população mais velha está envelhecendo, especialmente nos países desenvolvidos. Atualmente, estima-se que o número de pessoas com mais de 80 anos chega a 69 milhões, e a maioria vive em regiões mais desenvolvidas. Sendo que, a população idosa brasileira também está envelhecendo, visto que, os dados demonstram o aumento da proporção da população mais idosa, com 80 anos e mais, alterando sua composição etária, representando aproximadamente 12,8% do total da população idosa e 1,1% da população total ^{4,9,14,15,16}.

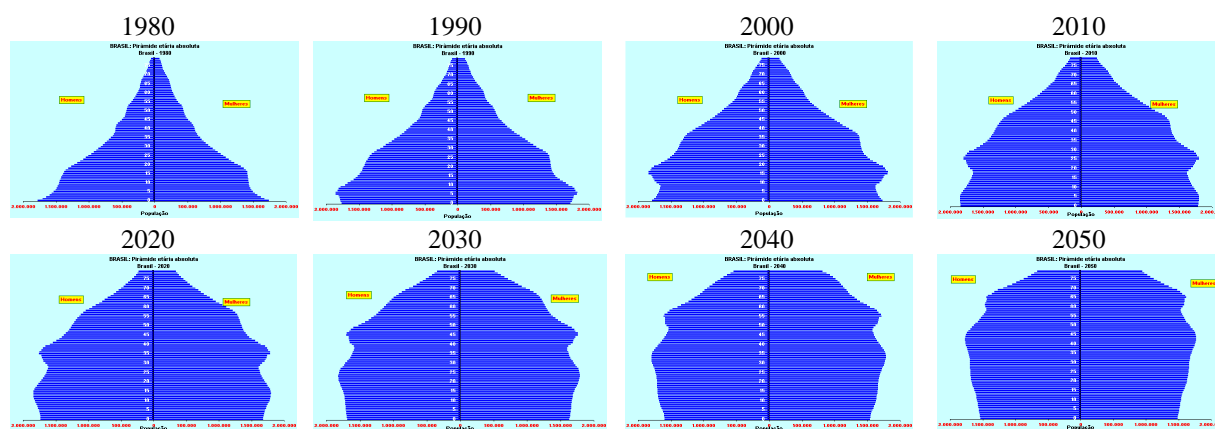
No Brasil, o envelhecimento está especialmente associado a uma resposta a mudança de diversos indicadores de saúde populacional. Semelhante a outros países latino-americanos, o envelhecimento é um fenômeno predominantemente urbano como resultado do movimento migratório iniciado na década de 60, motivado pela industrialização desencadeada

por políticas desenvolvimentistas, propiciando assim, um maior acesso da população aos programas de planejamento familiar e métodos anticoncepcionais, contribuindo para queda da fecundidade, além de acesso a serviços de saúde e saneamento, proporcionando uma queda da mortalidade, e conseqüente aumento da esperança de vida. O que determinou uma mudança no perfil epidemiológico das doenças que afetam a população brasileira^{2, 14}.

A partir da década de 60, o grupo de idosos passou a liderar o crescimento populacional, com um aumento de aproximadamente nove vezes. Este fato iniciou o processo de transição demográfica no Brasil, modificando a pirâmide populacional, com o aumento absoluto e relativo das populações adulta e idosa^{1, 17}.

Em 1960, a população idosa brasileira era representada por três milhões de habitantes. Em 2000, o Censo demonstrou o aumento do número de indivíduos com mais de 60 anos, chegando a quase 14 milhões de pessoas, demonstrando o notável e intenso envelhecimento do Brasil^{1, 18}.

Gráfico 1 - Evolução da População Brasileira por Idade e Sexo – 1980 - 2050



Fonte: IBGE

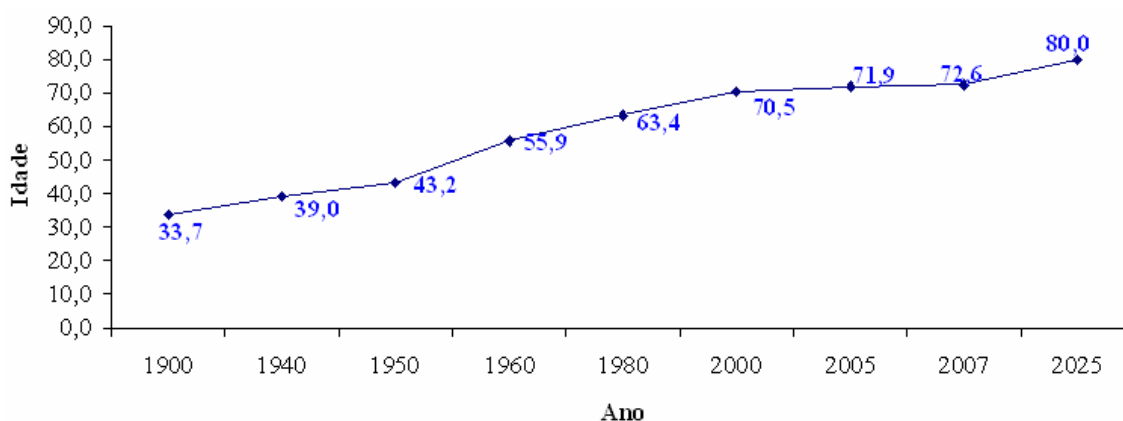
Segundo contagem populacional realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em 2007, o Brasil superou os 183 milhões de habitantes, correspondendo a um incremento de aproximadamente 25% em relação ao número registrado pelo Censo Demográfico de 1991 (146,8 milhões de habitantes) do IBGE e atualmente, estima-se que existam cerca de 17,6 milhões de idosos no Brasil^{19, 20, 21, 22}.

Projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) constataram que, em 2025, a população brasileira deverá aumentar cinco vezes, enquanto a população idosa deverá ter um crescimento em 15 vezes. O país ocupará, assim, o sexto lugar quanto ao

contingente de idosos, alcançando, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos e mais de idade, conforme projeções do IBGE demonstradas no gráfico 1⁹.

Com relação à expectativa de vida ao nascer, no Brasil, em 1900, era de 33,7 anos; nos anos 40, de 39 anos; em 50, aumentou para 43,2 anos e, em 60, era de 55,9 anos. De 1960 para 1980, essa expectativa ampliou-se para 63,4 anos, segundo revela o Anuário Estatístico do Brasil de 1982. De 1980 para 2000, o aumento ficou em torno dos 70,5 anos. Segundo estudo realizado pelo IBGE, no período de 2000 a 2005, a expectativa de vida do Brasileiro ao nascer alcançou os 71,9 anos (Gráfico 2)^{1, 18, 23, 24}.

Gráfico 2 - Expectativa de Vida no Brasil, 1900 - 2025



Fonte: IBGE

O fato mais notável relacionado com a expectativa de vida dos brasileiros ao longo do século XX é sua convergência entre as regiões. Em 1940, a maior esperança de vida encontrava-se na região Sul (50,1 anos), e a menor, na região Nordeste (38,2 anos), com uma diferença, portanto, de quase 12 anos entre elas. Cinquenta anos depois, em 1990, a expectativa de vida aumentou em todas as regiões, o maior valor continuou a ser observado na região Sul com 68,7 anos. Apesar do Nordeste registrar o maior aumento, continua sendo a região com a menor expectativa de vida do Brasil^{18, 23, 24}.

Segundo estudo realizado pelo IBGE, no período de 2000 a 2005, o Distrito Federal ocupou o primeiro lugar dentre as unidades da federação com as maiores esperanças de vida, com 74,9 anos. Já Alagoas obteve o último lugar com apenas 66 anos. Isto mostra que um brasileiro nascido e residente na capital federal, em 2005, viveria, em média, 8,9 anos a mais que um nascido em Alagoas. Embora os resultados atestem à persistência das

desigualdades regionais em termos de desenvolvimento social, este diferencial vem diminuindo ao longo dos anos, como revela a pesquisa. Em 2000, esta diferença para os mesmos estados era de 9,8 anos. Apesar dos estados das regiões Nordeste e Norte ocuparem as últimas posições no ranking das esperanças de vida ao nascer, foram estes que obtiveram ganhos mais significativos entre 2000 e 2005, sendo os maiores aumentos observados nos estados de Alagoas, Maranhão e Pernambuco^{23, 25}.

Tabela 1 - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação: Esperança de Vida ao Nascer, por Sexo e Ganho Absoluto, 1991 – 2007

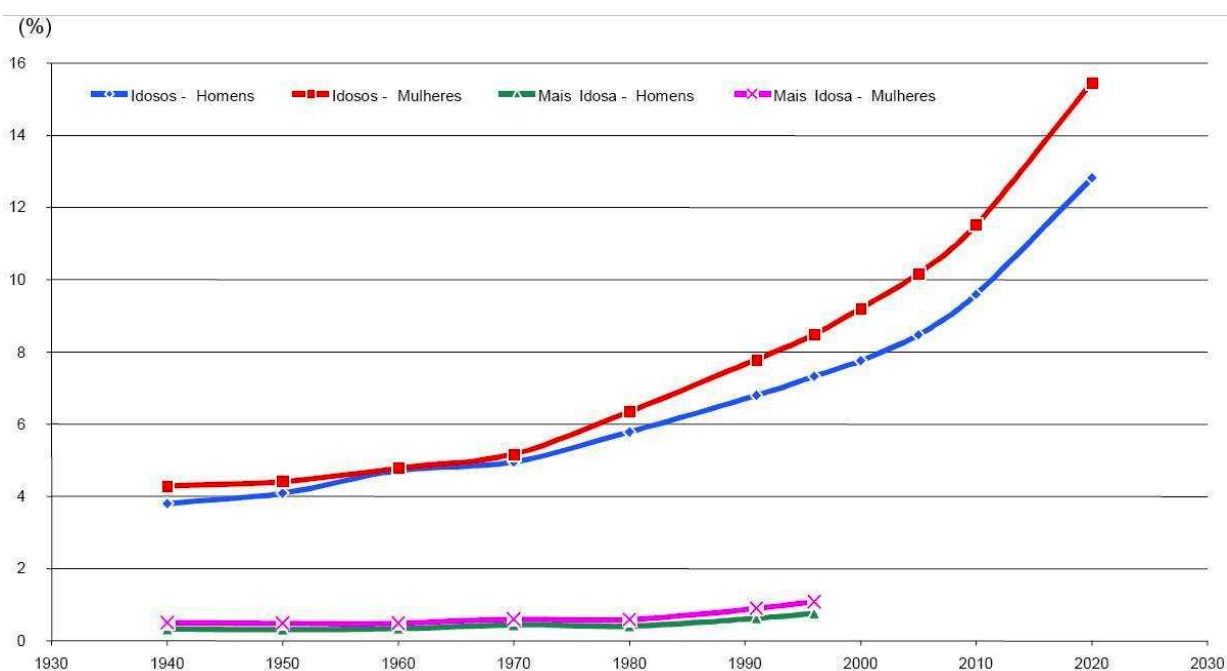
Brasil Grandes Regiões e Unidades da Federação	Anos, ganhos e diferenciais por sexo										
	Ambos os sexos			Homens			Mulheres			Diferencial	
	1991	2007	Ganho no período	1991	2007	Ganho no período	1991	2007	Ganho no período	1991	2007
Brasil	67,00	72,57	5,57	63,20	68,82	5,62	70,90	76,44	5,54	7,70	7,62
Região Norte	66,92	71,59	4,67	63,67	68,78	5,11	70,33	74,55	4,22	6,66	5,77
Rondônia	66,88	71,22	4,34	63,48	68,51	5,03	70,45	74,07	3,62	6,97	5,56
Acre	65,76	71,39	5,63	62,52	68,82	6,30	69,17	74,08	4,91	6,65	5,26
Amazonas	66,23	71,60	5,37	63,93	68,63	4,70	68,65	74,72	6,07	4,72	6,09
Roraima	65,08	69,94	4,86	62,03	67,52	5,49	68,29	72,48	4,19	6,26	4,96
Pará	67,56	71,95	4,39	64,26	69,07	4,81	71,03	74,97	3,94	6,77	5,90
Amapá	67,27	70,37	3,10	63,48	66,55	3,07	71,24	74,38	3,14	7,76	7,83
Tocantins	66,16	71,28	5,12	61,79	69,07	7,28	70,75	73,59	2,84	8,96	4,52
Região Nordeste	62,83	69,71	6,88	59,56	66,17	6,61	66,27	73,44	7,17	6,71	7,27
Maranhão	62,05	67,64	5,59	58,59	63,79	5,20	65,68	71,69	6,01	7,09	7,90
Piauí	62,48	68,94	6,46	59,84	65,95	6,11	65,26	72,07	6,81	5,42	6,12
Ceará	63,97	70,28	6,31	60,34	66,04	5,70	67,79	74,72	6,93	7,45	8,68
Rio Grande do Norte	63,28	70,44	7,16	60,16	66,65	6,49	66,56	74,42	7,86	6,40	7,77
Paraíba	61,67	69,01	7,34	58,70	65,60	6,90	64,78	72,59	7,81	6,08	6,99
Pernambuco	60,73	68,30	7,57	57,39	64,89	7,50	64,24	71,87	7,63	6,85	6,98
Alagoas	59,72	66,77	7,05	56,35	62,86	6,51	63,25	70,87	7,62	6,90	8,01
Sergipe	63,41	70,93	7,52	60,52	67,62	7,10	66,44	74,41	7,97	5,92	6,79
Bahia	65,27	72,00	6,73	61,88	68,81	6,93	68,82	75,35	6,53	6,94	6,54
Região Sudeste	68,83	74,06	5,23	64,46	70,11	5,65	73,42	78,20	4,78	8,96	8,09
Minas Gerais	68,97	74,62	5,65	65,31	71,26	5,95	72,82	78,15	5,33	7,51	6,89
Espírito Santo	69,39	73,71	4,32	65,60	70,14	4,54	73,36	77,45	4,09	7,76	7,31
Rio de Janeiro	67,14	73,06	5,92	61,98	68,75	6,77	72,55	77,58	5,03	10,57	8,83
São Paulo	69,52	74,23	4,71	65,11	70,11	5,00	74,16	78,55	4,39	9,05	8,44
Região Sul	70,40	74,71	4,31	66,69	71,36	4,67	74,30	78,23	3,93	7,61	6,87
Paraná	69,43	74,10	4,67	66,13	71,00	4,87	72,89	77,35	4,46	6,76	6,35
Santa Catarina	70,81	75,27	4,46	67,14	72,09	4,95	74,67	78,61	3,94	7,53	6,52
Rio Grande do Sul	71,10	75,00	3,90	67,07	71,38	4,31	75,33	78,81	3,48	8,26	7,43
Região Centro-Oeste	68,55	73,73	5,18	65,22	70,36	5,14	72,04	77,27	5,23	6,82	6,91
Mato Grosso do Sul	68,88	73,75	4,87	65,58	70,51	4,93	72,35	77,16	4,81	6,77	6,65
Mato Grosso	67,48	73,12	5,64	64,41	69,56	5,15	70,70	76,85	6,15	6,29	7,29
Goiás	68,80	73,37	4,57	65,47	70,16	4,69	72,30	76,75	4,45	6,83	6,59
Distrito Federal	68,64	75,34	6,70	64,86	71,69	6,83	72,61	79,18	6,57	7,75	7,49

Fonte: IBGE.

De acordo com a pesquisa Tábuas Completas de Mortalidade, divulgada pelo IBGE, a expectativa de vida chegou aos 72,57 anos em 2007 (Tabela 1). As projeções para o ano 2025 supõem que a expectativa média de vida do brasileiro estará próxima de 80 anos, para ambos os sexos. Em 2050, bem como em todo o mundo, existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado ^{1, 18, 23, 24}.

Uma mulher nascida no Rio Grande do Sul vivia, em média, 18,98 anos a mais que um homem nascido em Alagoas, em 1991. Em 2007, a diferença que separa a expectativa de vida de uma mulher do Distrito Federal e a de um homem de Alagoas é de 16,32 anos. Mesmo assim, entre 1991 e 2007, a expectativa de vida dos homens destas regiões cresceu, principalmente no Nordeste com 6,61%, o maior aumento do Brasil (Tabela 1) ²³.

Gráfico 3 - Evolução da Proporção de Idosos e mais Idosos na População Brasileira por Sexo, 1920 - 2020.



Fonte: IBGE.

O número de mulheres idosas, confrontado com o de homens de mais de 60 anos de idade, começou a apresentar diferença a partir dos anos 70, comprovando a feminização da população idosa no Brasil. Em 1996, as idosas correspondiam a 54,4% da população de 60 anos e mais. Em 2000, essa proporção passou para 55%, quando havia mais de um milhão de mulheres em comparação à população masculina nessa faixa etária ^{14, 25}.

A proporção de idosas em relação à população total de mulheres supera aquela correspondente aos homens idosos. Esta diferença é resultado da expectativa de vida entre os

sexos, fenômeno mundial e intenso no Brasil. Esse diferencial que em 1991 era de 7,70 anos, experimentou um discreto declínio, diminuindo para 7,62 anos em 2007. Os mais expressivos diferenciais por sexo são encontrados nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. Segundo o IBGE, o resultado certamente é fruto da combinação de efeitos como a maior longevidade feminina e as mortes por causas externas entre a população masculina jovem. A quantidade de homens e mulheres deve se equilibrar a partir de 2040, quando haverá uma diminuição da população jovem ^{18, 23}.

Tabela 2 - População Idosa Alagoana Recenseada em 2007, por Faixa Etária e Sexo

Idade	Homens		Mulheres		Total	
60 - 64 anos	36272	32,8%	41389	30,8%	77661	31,7%
65 - 69 anos	28045	25,4%	33235	24,8%	61280	25,0%
70 - 74 anos	18711	16,9%	23775	17,7%	42486	17,4%
75 - 79 anos	12860	11,6%	16601	12,4%	29461	12,0%
80 anos e mais	14569	13,2%	19243	14,3%	33812	13,8%
Total	110457	45,1%	134243	54,9%	244700	100,0%

Fonte: IBGE.

Segundo contagem populacional de 2007, o Estado de Alagoas conta com mais de três milhões de habitantes, sendo 8,1% de idosos (60 ou mais anos), distribuído conforme tabela abaixo, onde as mulheres seguem o padrão brasileiro representando quase 55% da população alagoana ¹⁹.

2.3 – ASPECTOS DA MORBI-MORTALIDADE

Além das transformações demográficas, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações importantes no quadro de morbi-mortalidade. As doenças infecto-contagiosas representavam 40% dos óbitos registrados, em 1950, enquanto as doenças cardiovasculares eram responsáveis por 12% das mortes. Em 1998, o Brasil apresentou alterações relevantes no quadro de morbi-mortalidade, tendo entre as dez principais causas da carga de doença, o diabetes, a doença isquêmica do coração, a doença cérebro-vascular e o transtorno depressivo recorrente ².

Lima-Costa e colaboradores demonstraram uma redução expressiva para os óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, enquanto as doenças do aparelho respiratório, endócrinas, nutricionais e metabólicas aumentaram progressivamente e de maneira significativa no período entre 1980 e 2000 ²⁶.

Tabela 3 – Mortalidade Proporcional por ocorrência segundo capítulo CID-10, 2000 e 2005

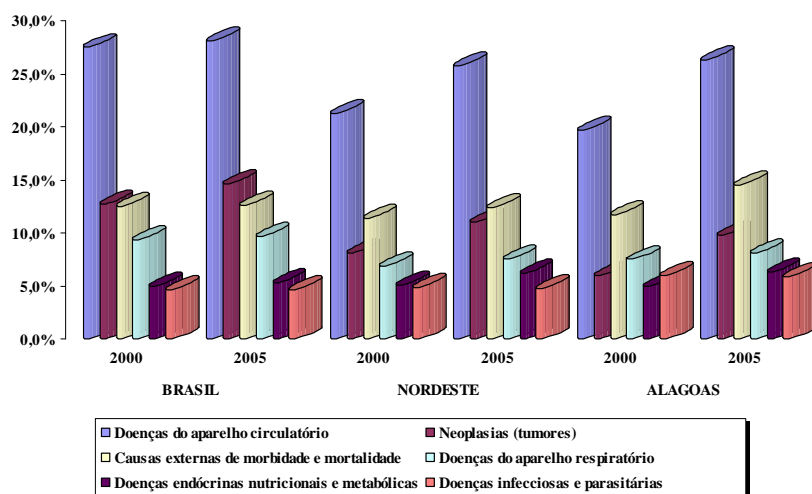
Causas de Óbito	BRASIL		NORDESTE		ALAGOAS	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Doenças do aparelho circulatório	27,5%	28,2%	21,3%	25,7%	19,7%	26,3%
Neoplasias (tumores)	12,7%	14,6%	8,2%	11,1%	6,0%	9,9%
Causas externas de morbidade e mortalidade	12,5%	12,7%	11,4%	12,5%	11,7%	14,6%
Doenças do aparelho respiratório	9,3%	9,7%	6,9%	7,6%	7,5%	8,1%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5,0%	5,4%	5,1%	6,3%	5,0%	6,4%
Doenças infecciosas e parasitárias	4,7%	4,6%	4,9%	4,8%	6,0%	5,8%

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Em 2000, as doenças infecto-contagiosas representavam 4,7% dos óbitos, as doenças cardiovasculares representavam 27,5%, seguido das neoplasias (12,7%) e das causas externas (12,5%), como acidentes e violência. (Tabela 3 e Gráfico 4).

As doenças do aparelho circulatório representaram, em 2005, 25,7% das causas de óbito seguidas das causas externas (12,5%) e das neoplasias (11,1%). O Estado de Alagoas segue o padrão nordestino, tendo como principal causa de óbito as doenças cardiovasculares (26,3%), seguido das causas externas e neoplasias, como demonstra a Tabela 3 ²².

Gráfico 4 - Brasil, Nordeste e Alagoas: Óbitos segundo Causas, 2000 e 2005



Fonte: DATASUS

As pessoas idosas são com mais frequência acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis. Esses estados permanentes ou de longa permanência requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, existem co-morbidades que podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos¹.

Essa mudança no perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que se configura um desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias².

Em geral, as doenças e agravos dos idosos são crônicas, múltiplas, incapacitantes, com estados permanentes ou de longa permanência e exigem acompanhamento médico constante e de equipes multidisciplinares permanentes de serviços sociais e médicos e intervenções contínuas²⁷. Fato este comprovado, pois apesar da população idosa representar atualmente cerca de 9,6% da população brasileira, já consome mais de 26%

dos recursos de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde – SUS²⁸. Segundo a OMS, até o ano de 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença nos países em desenvolvimento³.

A abordagem médica tradicional do adulto hospitalizado, focada em uma queixa principal e o hábito médico de tentar explicar todas as queixas e os sinais por um único diagnóstico, que é adequada no adulto jovem, não se aplica em relação ao idoso. A maioria das doenças crônicas que acomete o indivíduo idoso tem, na própria idade, seu principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais exceção do que regra. Estudos populacionais demonstram que a maioria dos idosos, ou seja, 85% apresentam pelo menos uma doença crônica e que 10% possuem no mínimo cinco destas patologias^{29, 30}. Em inquérito domiciliar realizado, em Fortaleza, com pessoas de 60 anos e mais identificou que 78,1% dos idosos referiram pelo menos uma doença, e 14,3% mais de cinco doenças crônicas³¹.

A prevalência de múltiplos problemas e o uso de vários medicamentos são uma das principais características do processo saúde-doença na população idosa. A utilização de medicamentos corretamente, com critério e cautela, além de uma orientação adequada, é essencial para a manutenção da qualidade de vida ao idoso, pois a incidência de reações indesejadas aumenta com a idade³².

Em inquérito domiciliar relativamente abrangente em área central de Fortaleza mostrou o consumo médio de 2,5 medicamentos prescritos por idoso, onde 80,3% de idosos utilizavam pelo menos um medicamento, 13,6% consumiam cinco ou mais medicamentos prescritos e 13,1% consumiam medicamentos considerados inadequados³³.

A falta de difusão do conhecimento geriátrico junto aos profissionais de saúde tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem médica do paciente idoso. Somando a isso, a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso é notável em todos os níveis de atenção^{1, 2}.

Segundo Coelho Filho, “a questão fundamental em relação à abordagem geriátrica é quando e como o cuidado por uma equipe interdisciplinar apresenta resultados significativamente melhores do que o cuidado tradicional, tanto quanto ao desfecho da morbimortalidade e à qualidade de vida, como evidentemente, quanto aos custos”³².

A saúde da população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças, mas deve ser feita uma interação entre a saúde física e mental, independência financeira, capacidade funcional e suporte social³⁴. Portanto, é necessário possibilitar a população idosa, mesmo com limitações, viver sua vida com qualidade da melhor forma possível e isto constitui um desafio para saúde pública¹.

A presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa conservar sua autonomia, gerir sua própria vida e realizar suas atividades diárias de forma totalmente independente. A maior parte dos idosos é, na verdade, absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem nenhuma necessidade de ajuda de quem quer que seja. Baseado nos mais modernos conceitos gerontológicos, esse idoso que mantém sua autodeterminação e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para realizar-se no seu cotidiano deve ser considerado um idoso saudável, ainda que seja portador de uma ou mais doenças crônicas^{12, 30}.

Decorre daí o conceito de capacidade funcional, ou seja, a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para operacionalizar a atenção à saúde do idoso. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar a melhoria da capacidade funcional ou, no mínimo, a sua manutenção e, sempre que possível, a recuperação desta capacidade que foi perdida pelo idoso. Trata-se, portanto, de um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas^{35, 36}.

Estudos brasileiros de base populacional apontam a prevalência de incapacidade varia entre 2 e 45% dos idosos. Cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa do tipo fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor de 10%, mas significativa, requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até, sentar e levantar de cadeiras e camas. É imprescindível que, na prestação dos cuidados aos idosos, as famílias estejam devidamente orientadas em relação às atividades de vida diária^{37, 38}.

Os idosos institucionalizados apresentam um perfil diferenciado: carência afetiva, sedentarismo, incapacidades físicas e mentais, ausência de familiares para ajudar no

auto cuidado e insuficiência de suporte financeiro, que contribuem para limitações físicas e comorbidades¹⁰.

Tanto a dependência física quanto a mental constitui fatores de risco significativos para mortalidade, mais relevantes até que as próprias doenças que levaram à dependência, visto que nem todo doente torna-se dependente, conforme revelam estudos populacionais de segmentos de idosos residentes em diferentes comunidades. No entanto, nem todo dependente perde sua autonomia e, neste sentido, a dependência mental deve ser objeto de atenção especial, na medida em que leva, com muito mais frequência, à perda de autonomia. Doenças como depressão e demência já estão, em todo mundo, entre as principais causas de anos vividos com incapacidade, exatamente por conduzirem à perda da independência e, quase que necessariamente, à perda da autonomia. Vale salientar, que independente da origem, a existência de uma incapacidade funcional determina a necessidade de um cuidador³⁹.

Os custos gerados por essa dependência são tão grandes quanto o investimento de dedicar um membro da família ou um cuidador para ajudar continuamente uma pessoa que, muitas vezes, irá viver mais 10 ou 20 anos, requerendo uma atenção que, não raro, envolve leitos hospitalares e institucionais, procedimentos diagnósticos caros e sofisticados, bem como o consenso frequente de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, capaz de fazer frente à problemática multidimensional do idoso. Este cenário impõe a necessidade de medidas inovadoras, que mudem a lógica atual de uma rede de serviços voltada ao atendimento do agudo para uma rede de atenção às condições crônicas³⁸.

A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível, significam a valorização da autonomia ou autodeterminação e a preservação da independência física e mental do idoso. Tanto as doenças físicas quanto as mentais podem levar à dependência e, conseqüentemente, à perda da capacidade funcional¹².

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar¹.

2.4 – ASPECTOS LEGAIS

A sociedade brasileira conquistou o direito integral e universal à saúde com a publicação da Constituição de 1988, reafirmado com a criação do SUS, por meio da Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90, que estabeleceu princípios direcionados a implantação de um modelo de atenção à saúde priorizando a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, com acesso a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde⁴⁰.

A OMS passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” no final da década de 90, buscando otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem; envolvendo políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida que contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde¹.

A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS^{41, 42}. A implementação da Política compreende a definição ou readequação de planos, projetos, programas e atividades do setor saúde².

Aprovado e sancionado em 1º de outubro de 2003, por meio da Lei Federal nº. 10.741, o Estatuto do Idoso ampliou a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. Tal fato pode ser confirmado no artigo 9, que determina: “*É obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.*”. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção, onde “*É assegurada à atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.*”⁴³.

A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso precisaram se readequar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa^{12, 43}.

A Política Nacional de Saúde do Idoso, republicada em 2006, através da Portaria nº. 2.528, determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades, em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas¹.

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº. 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso⁴⁴.

O Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira, tornando a saúde uma política de Estado mais que uma política de governo⁴⁴.

Os legisladores precisam prestar atenção ao panorama completo e considerar a economia alcançada com a queda na prevalência de deficiências. Nos Estados Unidos, por exemplo, tais quedas podem reduzir as despesas médicas em aproximadamente 20% nos próximos 50 anos. Entre 1982 e 1994, nos Estados Unidos, somente a economia com gastos em clínicas de repouso ultrapassou 17 bilhões de dólares^{9, 45, 46}. Desta forma, cada gestor em saúde deve compreender que, ainda que os custos de hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados, ainda sim, está se investindo na velhice.

O artigo 6º do Plano de Madri define bem esta situação: “Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento da sociedade humana madura e plenamente integrada”⁴⁷.

2.5 – INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI

A legislação brasileira representou um grande avanço na proteção legal, cível e criminal ao idoso, no entanto, há uma grande diferença entre elaborar normas e implementá-las. O apoio aos idosos praticado no Brasil ainda é bastante precário. É preciso garantir que as ações previstas no Estatuto do Idoso e demais legislações sejam colocadas em prática^{2, 12}.

Por se tratar de uma atividade predominantemente restrita ao âmbito familiar, o cuidado ao idoso tem sido ocultado da opinião pública, carecendo de visibilidade maior. O apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa que o Estado deixa de ter um papel preponderante nos três níveis de gestão do SUS no tocante da promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso^{1,2}.

A maioria dos idosos institucionalizados na Europa tem mais de 80 anos, e nos EUA e Canadá (4/5 da população) tem pelo menos 75 anos. Pesquisas demonstram que a proporção de idosos que vivem em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), nos países em transição demográfica avançada, chega a 11%. No Brasil, segundo o relatório apresentado na V Caravana Nacional de Direitos Humanos, sobre uma amostra da realidade dos abrigos e asilos de idosos no Brasil, em 2002, existiam aproximadamente 19 mil idosos institucionalizados em todo o país, representando aproximadamente 0,15% do total de idosos brasileiros^{14, 48}.

No Brasil, embora grande maioria dos idosos institucionalizados seja dependente por problemas físicos ou mentais, estudos mostram que dentre as causas de institucionalização estão à miséria, o abandono e sequelas das doenças crônicas não-transmissíveis, onde muitos idosos encontram dificuldades para exercer atividades laborais. Em decorrência de condições financeiras precárias, há indisponibilidade de uma pessoa que assuma o papel de cuidador entre a família. Muitos encaminhamentos às Instituições de Longa Permanência são resultantes da impossibilidade de manter o idoso em seus lares^{49, 50}.

No entanto, sabe-se que muitas dessas instituições funcionam sem estarem sob as condições ideais e, ainda que recebam o aval para funcionarem, "estão longe de atenderem à população idosa"⁵¹.

Estudo realizado por Vieira, em 1997, na cidade de Belo Horizonte, constatou que as ILPI serão para os velhos um local propício para que seja perpetuada a condição de inútil, carente e dependente, desta forma o asilo reflete, assim como outras entidades assistenciais, uma preocupação com relação ao destino dos velhos. Dentro desse contexto, existem práticas que são desenvolvidas para levar em frente o projeto de assistência que reconhece a carência daqueles que são considerados incapazes e, por isso, dignos de ser ajudados⁵².

Apresentam-se como casas inapropriadas às necessidades do idoso e constituem o modo mais antigo de atendimento à terceira idade, tendo como inconveniente, favorecer seu isolamento, sua inatividade física e mental, proporcionando, dessa forma, consequências negativas à sua qualidade de vida. Quanto às suas características, raramente mantêm pessoal especializado para assistência social e à saúde ou possuem uma proposta de trabalho voltada para manter o idoso independente e autônomo. Em muitas instituições ocorre a inexistência de profissionais da equipe de enfermagem⁴⁹.

Born ressalta que a ILPI necessita passar por um grande processo de reestruturação, para que possa cumprir satisfatoriamente suas responsabilidades, proporcionando um lar, um lugar de vida, de aconchego, de identidade e, ao mesmo tempo, um lugar de cuidados⁵³.

Ferreira identificou que existe um número reduzido de referências sobre o idoso institucionalizado. Uma das hipóteses levantadas para tal ocorrência seria a existência de imagens negativas em relação às condições biológicas, psicológicas e sociais do idoso, além de posturas e preconceitos, referentes às próprias ILPI, que foram consideradas pela sociedade como “depósitos de idosos”, “reduto de abandonados e de inválidos”⁵⁴.

Para que ocorram mudanças nas ILPI, é imprescindível a mudança de mentalidade de seus administradores e servidores. A necessária mudança na concepção de velhice irá refletir-se no planejamento do espaço físico, com uma melhor adequação a prática de atividades variadas.

2.6 – NORMAS PARA FUNCIONAMENTO DAS ILPI

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), seguindo as diretrizes da Política Nacional do Idoso, publicou em 26 de setembro de 2005, a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 283, que define as normas de funcionamento para todas as ILPI, de caráter residencial, governamental ou não governamental, destinada à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar; classificando segundo a complexidade de cuidados e definindo as características físicas de equipamentos e recursos humanos mínimos⁶. De forma a segurar os critérios de acesso, resolubilidade e humanização¹².

A RDC 283/05 definiu como indivíduo autônomo aquele que detiver o poder decisório e o controle sobre a sua vida. O idoso dependente foi definido como o indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades da vida diária. Define o cuidador de idosos como a uma pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar atividades da vida diária⁶.

O Grau de Dependência do Idoso⁶ é classificado como:

- Grau de Dependência I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda;
- Grau de Dependência II - idosos com dependência em até três atividades de auto-cuidado para a 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 auto-cuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo.

A ILPI é responsável pela atenção ao idoso propiciando o exercício dos direitos humanos (civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais) de seus residentes⁶.

A instituição deve atender⁶, dentre outras, às seguintes premissas:

- 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;
- Preservar a identidade e a privacidade do idoso, assegurando um ambiente de respeito e dignidade;
- Promover ambiência acolhedora;
- Promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência;
- Promover a integração dos idosos, nas atividades desenvolvidas pela comunidade local;
- Favorecer o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações;
- Incentivar e promover a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente;
- Desenvolver atividades que estimulem a autonomia dos idosos;
- Promover condições de lazer para os idosos tais como: atividades físicas, recreativas e culturais.
- Desenvolver atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra pessoas nela residentes.

A ILPI deve estar legalmente constituída com: estatuto registrado, registro de entidade social, regimento interno, alvará sanitário atualizado expedido pelo órgão sanitário competente, de acordo com o estabelecido na Lei Federal nº. 6.437¹, 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, que devem estar organizados, atualizados e de fácil acesso, para o caso de fiscalização, avaliação e controle social⁶.

A ILPI deve possuir um responsável técnico (RT) pelo serviço, de nível superior, com carga horária de 20h, inscrito no conselho de classe e que responderá pela instituição junto à autoridade sanitária local e será responsável 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 médica⁶.

A ILPI deve ainda, apresentar recursos humanos com vínculo formal de trabalho⁶, que garantam a realização das seguintes atividades:

¹ Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.

- Cuidados aos residentes
 - Grau de Dependência I
 - Um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;
 - Grau de Dependência II
 - Um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;
 - Grau de Dependência III
 - Um cuidador para cada seis idosos, ou fração, por turno.
- Atividades de lazer
 - Um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana.
- Serviços de limpeza
 - Um profissional para cada 100m² de área interna ou fração por turno diariamente.
- Serviço de alimentação
 - Um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas.
- Serviço de lavanderia
 - Um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente.

A instituição poderá terceirizar os serviços de alimentação, limpeza e lavanderia, sendo obrigatória a apresentação do contrato e da cópia do alvará sanitário da empresa terceirizada. Neste caso, estará dispensada de manter quadro de pessoal próprio e área física específica para os respectivos serviços⁶.

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 idosos⁶.

Com relação à infraestrutura física, toda construção, reforma ou adaptação na ILPI, deve ser precedida de aprovação de projeto arquitetônico junto à autoridade sanitária local bem como do órgão municipal competente⁶.

A instituição deve atender aos requisitos de infraestrutura física previstos na RDC nº. 283/2005, 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, garantindo 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^{II}.

Quando o terreno da ILPI apresentar desníveis, deve ser dotado de rampas para facilitar o acesso e a movimentação dos residentes. 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, atendendo às seguintes exigências específicas⁶:

- Acesso externo
 - Devem ser previstas, no mínimo, duas portas de acesso, sendo uma exclusivamente de serviço.
- 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.
- Rampas e Escadas
 - Devem ser executadas conforme especificações da NBR 9050/ABNT^{III}, observadas as exigências de corrimão e sinalização.
 - A escada e a rampa acesso à edificação devem ter, no mínimo, 1,20m de largura.
- Circulações internas
 - Circulações principais devem ter largura mínima de 1,00m e as secundárias podem ter largura mínima de 0,80 m;
 - Circulações com largura maior ou igual a 1,50 m devem possuir corrimão dos dois lados;
 - Circulações com largura menor que 1,50 m podem possuir corrimão em apenas um dos lados.
 - Luz de vigília permanente.

^{II} Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadores de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

^{III} Estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto, construção, instalação e adaptação de edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos às condições de acessibilidade.

- Elevadores
 - Devem seguir as especificações da NBR 7192/ABNT e NBR 13.994^{IV}.
- Portas
 - Devem ter um vão livre com largura mínima de 1,10m, com travamento simples sem o uso de trancas ou chaves.
- Janelas e guarda-corpos
 - Devem ter peitoris de no mínimo 1,00m.

A instituição deve possuir os seguintes ambientes:

- Dormitórios separados por sexos, para no máximo quatro pessoas, dotados de banheiro:
 - Os dormitórios de uma pessoa devem possuir área mínima de 7,5m², incluindo área para guarda de roupas e pertences do residente
 - Os dormitórios de duas a quatro pessoas devem possuir área mínima de 5,5m² por cama, incluindo área para guarda de roupas e pertences do residente
 - Devem ser dotados de luz de vigília e campainha de alarme
 - Deve ser prevista uma distância mínima de 0,8m entre duas camas e 0,5m entre a lateral da cama e a parede paralela
 - O banheiro deve possuir área mínima de 3,6m², com uma bacia, um lavatório e um chuveiro, não sendo permitido qualquer desnível em forma de degrau para conter a água, nem o uso de revestimentos que produzam brilhos e reflexos
- Áreas para o desenvolvimento das atividades voltadas aos residentes com graus de dependência I, II e que atendam ao seguinte padrão:
 - Sala para atividades coletivas para no máximo 15 residentes, com área mínima de 1,0m² por pessoa
 - Sala de convivência com área mínima de 1,3m² por pessoa
- Sala para atividades de apoio individual e sócio-familiar com área mínima de 9,0m²
- 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

^{IV} Fixa as condições exigíveis na elaboração do projeto, fabricação e instalação de elevadores de passageiros, com o fim de adequá-los com características para transportar pessoas portadoras de deficiência que podem locomover-se sem o auxílio de terceiros.

- As portas dos compartimentos internos dos sanitários coletivos devem ter vãos livres de 0,20m na parte inferior
- Espaço ecumênico e/ou para meditação
- Sala administrativa/reunião
- 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
- Cozinha e despensa
- Lavanderia
- Local para guarda de roupas de uso coletivo
- Local para guarda de material de limpeza
- Almoxarifado indiferenciado com área mínima de 10m²
- Vestiário e banheiro para funcionários, separados por sexo
 - Banheiro com área mínima de 3,6m², contendo uma bacia, um lavatório e um chuveiro para cada 10 funcionários ou fração
 - Área de vestiário com área mínima de 0,5m² por funcionário/turno
- Lixeira ou abrigo externo à edificação para armazenamento de resíduos até o momento da coleta
- Área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre (solarium com bancos, vegetação e outros).

Os ambientes devem estar limpos, livre de resíduos e odores incompatíveis com a atividade. A exigência de um ambiente depende da execução da atividade correspondente, que podem ser compartilhados de acordo com a afinidade funcional e a utilização em horários ou situações diferenciadas⁶.

Quanto aos processos operacionais, as ILPI devem planejar atividades em parceria e com a participação efetiva dos idosos, respeitando as demandas do grupo e aspectos sócio-culturais do idoso e da região onde estão inseridos⁶.

A ILPI 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 civil⁶.

Cabe às ILPI manter registro atualizado de cada idoso residente, em conformidade com o estabelecido no Art. 50, inciso XV, da Lei 10.741 de 2003⁶.

O responsável pela instituição deve manter disponível cópia da RDC nº283/2005 para consulta dos interessados⁶.

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, que deve contar com as seguintes características: ser compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade; 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; prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção e; conter informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes⁶.

A instituição deve avaliar anualmente a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização⁶.

A instituição deve comprovar, quando solicitada, a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização de Ministério da Saúde⁶.

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. 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 Saúde⁶.

A Instituição deve garantir aos idosos a alimentação⁶, respeitando os aspectos culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias. A manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento e distribuição dos alimentos devem seguir o estabelecido na RDC nº. 216/2004^V.

A instituição deve manter disponíveis normas e rotinas técnicas quanto: ao cuidado com o idoso; aos procedimentos de limpeza e de descontaminação dos alimentos; a

^V Dispõe sobre Regulamento Técnico estabelecendo os procedimentos de Boas Práticas para Serviços de Alimentação a fim de garantir as condições higiênico-sanitárias do alimento preparado. Aplica-se aos serviços de alimentação que realizam algumas das seguintes atividades: manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento, distribuição, transporte, exposição à venda e entrega de alimentos preparados ao consumo, tais como cantinas, bufês, comissarias, confeitarias, cozinhas industriais, cozinhas institucionais, delicatêssens, lanchonetes, padarias, pastelarias, restaurantes, rotisseries e congêneres.

armazenagem de alimentos; ao preparo dos alimentos com enfoque nas boas práticas de manipulação; às boas práticas para prevenção e controle de vetores; ao acondicionamento dos resíduos; ao processamento de roupas de uso pessoal e coletivo (lavar, secar, passar e reparar as roupas); à guarda e à troca de roupas de uso coletivo; à limpeza e à higienização de artigos e ambientes⁶.

A instituição deve possibilitar aos idosos independentes efetuarem todo o processamento de roupas de uso pessoal, que devem ser identificadas, visando à manutenção da individualidade e humanização⁶.

Os produtos utilizados no processamento de roupa devem ser registrados ou notificados na Anvisa/MS⁶.

A equipe de saúde responsável pelos residentes deverá notificar à vigilância epidemiológica a suspeita de doença de notificação compulsória na ocorrência dos eventos sentinelas, ou seja, queda com lesão e tentativa de suicídio⁶.

A constatação de qualquer irregularidade no funcionamento das instituições deve ser imediatamente comunicada a vigilância sanitária local, pois compete às ILPI a realização continuada de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento da instituição⁶.

Em 25 de setembro de 2007 findou o prazo estabelecido pela RDC 283/2005, para adequação dos padrões acima descritos, ou seja, as instituições de longa permanência para idosos tiveram 24 (vinte e quatro) meses para adequar os padrões mínimos para seu funcionamento⁶.

3. OBJETIVOS

3.1 – OBJETIVO GERAL

Avaliar o perfil de adequação das Instituições de Longa Permanência para Idosos do Estado de Alagoas à regulação da vigilância sanitária no período de 2007 e 2008.

3.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Avaliar as condições sanitárias de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos;
2. Verificar a adequação de estrutura física das Instituições de Longa Permanência para Idosos conforme regulamentação da vigilância sanitária.
3. Verificar a adequação de recursos humanos das Instituições de Longa Permanência para Idosos em atender as necessidades do idoso conforme regulamentação da vigilância sanitária.

4. METODOLOGIA

4.1 – LOCAL DE ESTUDO

O Estado de Alagoas está localizado na Região Nordeste do Brasil e tem uma área de mais de 27 mil km². É o segundo menor estado do país, ocupando apenas 0,32% da área do território nacional e 1,72% do Nordeste.

Segundo contagem populacional realizada em 2007, a população total residente em Alagoas é de 3.037.103 habitantes. A população residente de 60 anos e mais representa 8,1% da população recenseada e estimada¹⁹.

4.2 – DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, caracterizada por um estudo de casos, a partir de dados secundários, com análise quantitativa dos dados obtidos por meio da análise dos roteiros das inspeções sanitárias efetuadas nos anos de 2007 e 2008.

O objeto de estudo é constituído por dezessete ILPI existentes, cadastradas e inspecionadas pela Vigilância Sanitária Estadual e Municipal, nove destas ILPI estão situadas na capital e oito em municípios do interior do Estado de Alagoas.

As inspeções foram realizadas pelas equipes multidisciplinares da Vigilância Sanitária do Estado e dos municípios, constituídas por médico, enfermeiro, arquiteto e farmacêutico, as quais realizam de maneira sistemática inspeções nas ILPI conforme metas pactuadas anualmente, utilizando o roteiro baseado na Resolução RDC N°. 283/05 da ANVISA/MS.

4.3 – COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foram analisados os dezessete roteiros de inspeção (Apêndice 1) utilizados pelas Vigilâncias Sanitárias do Estado e Municípios de Alagoas, referentes às inspeções realizadas nos anos de 2007 e 2008.

O roteiro é composto por 89 itens pontuáveis de acordo com o padrão de conformidade, dividido por procedimentos (Tabela 4) e classificado de acordo com grau de risco (Tabela 5).

O padrão de conformidade é avaliado com itens considerados imprescindíveis, necessários, recomendáveis e informativos, conforme definido na Tabela 4.

Tabela 4 - Critérios de Avaliação do Padrão de Conformidade

CLASSIFICAÇÃO DO ITEM	CRITÉRIO
Imprescindível - I	Considera-se item IMPRESCINDÍVEL aquele que pode causar risco eminente a saúde pública.
Necessário - N	Considera-se item NECESSÁRIO aquele que pode causar risco a saúde pública
Recomendável - R	Considera-se RECOMENDÁVEL aquele que não causa risco a saúde pública
Informativo- Inf	Considera-se como item INFORMATIVO aquele que apresenta uma informação descritiva.

A Tabela 4 distribui os procedimentos avaliados no roteiro de inspeção pelo total de seus itens. Os itens considerados imprescindíveis são pontuados com nota 3, e os itens necessários e recomendáveis, com notas 2 e 1, respectivamente. As variáveis do estudo, itens por procedimentos e grau de risco estão descritas detalhadamente no anexo 1.

Tabela 5 - Quantitativo de Itens por Procedimento e Total de Pontos no Instrumento.

PROCEDIMENTOS	IMPRESINDÍVEL	NECESSÁRIO	RECOMENDÁVEL
Condições Gerais	02	05	03
Organização	06	01	00
Recursos Humanos	08	01	00
Infraestrutura Física	19	16	02
Processos Operacionais	02	02	01
Saúde	06	03	01
Alimentação	02	01	00
Lavagem, Processamento e Guarda de Roupas	01	02	01
Limpeza	01	01	00
Notificação Compulsória	02	00	00
Total de Itens	49	32	08
Total com Base no Valor do Indicativo de Qualidade	49 x 3 = 147	32 x 2 = 64	8 x 1 = 8
Máximo de Pontos Obtidos Instrumento		219	

O roteiro permite avaliar as condições sanitárias de funcionamento das ILPI. Estas podem ter no máximo de 219 pontos, sendo nesta situação, considerado como um estabelecimento sem risco para a saúde do idoso em situação excelente.

Tabela 6 - Grau de Risco para Saúde dos Idosos, segundo Percentual de Conformidade por Pontuação Obtida no Instrumento

GRAU DE RISCO PARA A SAÚDE DO IDOSO	PONTUAÇÃO	PERCENTUAL DE CONFORMIDADE
Alto	Até 108	Até 49 %
Médio	De 109 a 173	De 50 % a 79%
Baixo	De 174 a 218	De 80% a 99%
Sem Risco	219	100%

Desta forma, as variáveis do estudo foram:

- Quanto a ILPI:
 - Natureza jurídica
 - Capacidade Instalada
 - Número de residentes
 - Grau de Dependência dos residentes (conforme definição da RDC 283/05)
 - Recursos humanos.

- Quanto aos Procedimentos:
 - Condições Gerais
 - Organização
 - Recursos Humanos
 - Infraestrutura Física
 - Processos Operacionais
 - Saúde
 - Alimentação
 - Lavagem
 - Processamento
 - Guarda de Roupas
 - Limpeza
 - Notificação Compulsória.

- Grau de Risco para Saúde do Idoso.

4.4 – ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em planilha e analisados pelo programa Microsoft Excel 2003. Médias foram calculadas para as variáveis contínuas e frequências (percentual) foram calculadas para variáveis categóricas.

4.5 – ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) conforme protocolo nº. 186/07, CAAE: 0182.0.031.000-07, em 25 de fevereiro de 2008.

A Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado de Alagoas (DIVISA/AL) autorizou a análise dos roteiros utilizados nas inspeções em Instituições de Longa Permanência para Idosos, por meio de carta explicativa que menciona a importância e os objetivos do estudo, além de assinatura por parte da pesquisadora do Termo de Compromisso para Uso de Dados.

5. RESULTADOS

Foram analisados roteiros de inspeção de dezessete instituições de longa permanência para idosos, situadas no Estado de Alagoas.

Quanto à natureza jurídica das ILPI, quinze (88,2%) são filantrópicas, uma (5,9%) é pública municipal e uma (5,9%) é privada.

Tabela 7 - Características das ILPI, quanto a Natureza Jurídica e Número de Residentes

Natureza Jurídica	n	%
Filantrópica	15	88,2
Privada	1	5,9
Pública Municipal	1	5,9
Total	17	100,0
Número de Leitos		
Masculino	289	48,3
Feminino	309	51,7
Total	598	100,0
Número de Residentes		
Masculino	235	46,3
Feminino	273	53,7
Total	508	100,0

Atualmente, existem 508 idosos alagoanos institucionalizados, representando 0,21% do total de idosos do Estado de Alagoas, com idosos residentes de ambos os sexos, sendo 53,7% do sexo feminino. Em relação ao número de leitos oferecidos pelas ILPI, estão ocupados 84,9%.

Tabela 8 - ILPI com Idosos Residentes com Grau de Dependência

ILPI com Residentes com Grau de Dependência	n	%
Grau de Dependência I	17	100,0
Grau de Dependência II	14	82,4
Grau de Dependência III	13	76,5
Total de ILPI	17	

Em todas as ILPI existem idosos com Grau de dependência I, em quatorze (82,4%) existem idosos com grau de dependência II e em treze (76,5%) com grau de

dependência III (Tabela 8). Porém a presença de cuidadores para os idosos com grau de dependência I, II e III foi constatada em, respectivamente, em onze (64,7%), oito (47,1%) e oito (47,1%) ILPI (Tabela 9).

Para as atividades de lazer, limpeza, alimentação e lavanderia, existem profissionais em quatro (23,5%), dez (58,8%), dez (58,8%) e doze (70,6%) ILPI, respectivamente (Tabela 9).

Tabela 9 - Recursos Humanos pelo Total de ILPI

RECURSOS HUMANOS	n	%
Para os cuidados aos residentes:		
Grau de Dependência I	11	64,7
Grau de Dependência II	8	47,1
Grau de Dependência III	8	47,1
Para as atividades de lazer	4	23,5
Para serviços de limpeza	10	52,9
Para o serviço de alimentação	10	58,8
Para o serviço de lavanderia	12	70,6

No tocante aos recursos humanos da área de saúde, apenas doze (70,6%) ILPI possuem assistência médica, onde cinco (29,4%) com vínculo empregatício, seis (35,3%) são voluntários e em uma (5,9%) instituição a assistência médica é realizada pela Equipe de Saúde da Família (ESF) (Tabela 10).

Tabela 10 - Quantitativo de ILPI por Categoria e Vínculo dos Recursos Humanos

Profissionais de Saúde	Contratado	Voluntário	ESF	Total (n)	%
Médico	5	6	1	12	70,6
Enfermeiro	3	1	1	5	29,4
Assistente Social	2	3	0	5	29,4
Psicólogo	4	0	0	4	23,5
Fisioterapeuta	2	5	0	7	41,2
Terapeuta Ocupacional	1	1	0	2	11,8
Nutricionista	3	0	0	3	17,6
Farmacêutico	0	0	0	0	0,0
Técnico e Auxiliares de Enfermagem	12	3	1	16	94,1

Nenhuma das instituições possui farmacêutico e os medicamentos ficam sob responsabilidade do técnico/auxiliar de enfermagem, do enfermeiro e/ou do médico responsável pela instituição (Tabela 8).

Doze (70,6%) instituições possuem contrato com técnico/auxiliar de enfermagem, mesmo que em número reduzido, em três (17,6%) instituições são voluntários e em uma (5,9%) instituição são atendidos pela ESF (Tabela 8).

Apenas três (17,6%) instituições realizam atividades de educação permanente na área de gerontologia, com objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos.

Com relação à documentação das instituições analisadas, quatro (23,5%) receberam alvará sanitário, quatro (23,5%) possuem contrato formal de prestação de serviço com o idoso, duas (11,8%) possuem inscrição junto ao Conselho do Idoso, sete (41,2%) possuem regimento interno, oito (47,1%) possuem registro de entidade social e onze (64,7%) possuem estatuto registrado (Tabela 11).

Tabela 11 - ILPI quanto à Documentação da Instituição

Classif. do Item	DOCUMENTOS	SIM		NÃO	
		N	%	N	%
I	Alvará sanitário atualizado expedido pelo órgão sanitário competente	4	23,5	13	76,5
I	Contrato formal de prestação de serviço com o idoso, responsável legal ou curador	4	23,5	13	76,5
I	Estatuto registrado	11	64,7	6	35,3
I	Inscrição de seu programa junto ao Conselho do Idoso	2	11,8	15	88,2
I	Regimento Interno	7	41,2	10	58,8
I	Registro de entidade social	8	47,1	9	52,9
I	Registro atualizado de cada idoso	10	58,8	7	41,2
N	Comprovante de vacinação obrigatória dos residentes	12	70,6	5	29,4
I	Plano de Trabalho para as atividades realizadas na ILPI	3	17,6	14	82,4
R	Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes	2	11,8	15	88,2
N	Rotinas e procedimentos escritos quanto ao cuidado com o idoso	2	11,8	15	88,2
N	Normas e Rotinas quanto a alimentação	3	17,6	14	82,4
N	Normas e Rotinas quanto ao processamento de roupas de uso pessoal e coletivo	2	11,8	15	88,2
N	Normas e Rotinas quanto à limpeza e higienização de artigos e ambientes;	2	11,8	15	88,2

Quanto ao plano de atenção integral à saúde dos residentes, quinze instituições não possuem o plano, o que representa 88,2% da amostra em estudo. Em doze (70,6%) instituições foi identificada a comprovação da vacinação obrigatória (Tabela 11).

Em quatorze (82,4%) instituições, no caso de intercorrência médica, o responsável técnico providencia o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência e comunica a sua família ou representante legal, mas só em oito (47,1%) instituições, ou seja, em 47% das ILPI foi identificado um serviço de remoção destinado a transportar o idoso.

Quanto à situação de abandono familiar do idoso ou a ausência de identificação civil, dez (58,8%) ILPI comunicam à Secretaria Municipal de Assistência Social ou congêneres, bem como ao Ministério Público.

Quatorze (82,4%) ILPI possuem lavanderia, mas apenas em nove (52,9%) os idosos independentes podem efetuar todo o processamento de suas roupas. Dez (58,8%) ILPI identificam as roupas visando à individualidade e a humanização. Em 16 (94,1%) das ILPI, os produtos utilizados no processamento das roupas são registrados na ANVISA/MS. As rotinas técnicas do processamento de roupas de uso pessoal e coletivo não foram apresentadas em quinze (88,2%) ILPI.

Dentre as dezessete ILPI analisadas, dezesseis (94,1%) não tiveram o projeto arquitetônico aprovado pela vigilância sanitária, quer seja estadual ou municipal. Treze (76,5%) instituições oferecem condições físicas de habitabilidade e higiene, onze (64,7%) instituições oferecem condições físicas de salubridade e em oito (47,1%) há condições de segurança (Tabela 12).

Tabela 12 - ILPI quanto a Infraestrutura

Classif. do Item	INFRA-ESTRUTURA FÍSICA	SIM		NÃO		N/A	
		N	%	N	%	N	%
I	Projeto arquitetônico aprovado pela autoridade sanitária competente.	1	5,9	16	94,1	0	0,0
	A Instituição oferece instalações físicas em condições de:						
I	* Habitabilidade	13	76,5	4	23,5	0	0,0
I	* Higiene	13	76,5	4	23,5	0	0,0
I	* Salubridade	11	64,7	6	35,3	0	0,0
I	* Segurança	8	47,1	8	47,1	1	5,9
I	Possui rampas para facilitar o acesso e a movimentação dos residentes caso apresente desníveis.	12	70,6	3	17,6	2	11,8
I	Instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, proteção e combate a incêndio, telefonia e outras existentes, atendem às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às normas técnicas brasileiras pertinentes a cada uma das instalações.	8	47,1	9	52,9	0	0,0
	EXIGÊNCIAS ESPECÍFICAS:						
		N	%	N	%	N	%
I	Acesso externo com, no mínimo, duas portas de acesso, sendo uma exclusivamente de serviço.	10	58,8	7	41,2	0	0,0
I	Pisos externos e internos (inclusive de rampas e escadas) de fácil limpeza e conservação, uniformes, com ou sem juntas e com mecanismo antiderrapante.	10	58,8	7	41,2	0	0,0
I	Rampas e Escadas - executadas conforme especificações da NBR 9050/ABNT, observando as exigências de corrimão e sinalização, com no mínimo, 1,20m de largura.	6	35,3	7	41,2	4	23,5
I	Circulações internas principais com largura mínima de 1,00m e as secundárias com largura mínima de 0,80 m; contando com luz de vigília permanente.	10	58,8	6	35,3	0	0,0
	* Circulações com largura maior ou igual a 1,50 m com corrimão dos dois lados;	7	41,2	8	47,1	0	0,0
	* Circulações com largura menor que 1,50 m com corrimão em apenas um dos lados.	5	29,4	9	52,9	1	5,9
I	Portas com vão livre com largura mínima de 1,10m, com travamento simples sem o uso de trancas ou chaves.	11	64,7	5	29,4	1	5,9
N	Janelas e guarda-corpos com peitoris de no mínimo 1,00m.	11	64,7	5	29,4	1	5,9

Classif. do Item	AMBIENTES:	SIM		NÃO		N/A	
		N	%	N	%	N	%
I	Dormitórios separados por sexos, para no máximo 4 pessoas, dotados de banheiro.	11	64,7	4	23,5	2	11,8
I	* Dormitórios de 01 pessoa com área mínima de 7,50 m ² , incluindo área para guarda de roupas e pertences do residente.	9	52,9	5	29,4	3	17,6
I	* Dormitórios de 02 a 04 pessoas com área mínima de 5,50m ² por cama, incluindo área para guarda de roupas e pertences dos residentes.	11	64,7	4	23,5	2	11,8
I	* Luz de vigília e campainha de alarme.	2	11,8	15	88,2	0	0,0
I	* Distância mínima de 0,80 m entre duas camas e 0,50m entre a lateral da cama e a parede paralela.	13	76,5	4	23,5	0	0,0
I	Banheiro com área mínima de 3,60 m ² , com 1 bacia, 1 lavatório, e 1 chuveiro, não existindo qualquer desnível em forma de degrau para conter a água, nem uso de revestimentos que produzam brilhos e reflexos.	13	76,5	4	23,5	0	0,0
	Áreas para o desenvolvimento das atividades voltadas aos residentes com graus de dependência I, II atendam ao seguinte padrão:		0,0		0,0		0,0
N	* Sala para atividades coletivas para no máximo 15 residentes, com área mínima de 1,0 m ² por pessoa	9	52,9	8	47,1	0	0,0
N	* Sala de convivência com área mínima de 1,3 m ² por pessoa	11	64,7	6	35,3	0	0,0
N	Sala para atividades de apoio individual e sócio familiar com área mínima de 9,0 m ²	8	47,1	9	52,9	0	0,0
N	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;	8	47,1	7	41,2	2	11,8
N	Portas dos compartimentos internos dos sanitários coletivos com vãos livres de 0,20m na parte inferior;	8	47,1	7	41,2	2	11,8
R	Espaço ecumênico e/ou para meditação	14	82,4	3	17,6	0	0,0
R	Sala administrativa/reunião	13	76,5	4	23,5	0	0,0
N	Refeitório com área mínima de 1 m ² por usuário, acrescido de local para guarda de lanches, de lavatório para higienização das mãos e luz de vigília.	12	70,6	5	29,4	0	0,0
N	Cozinha e despensa	16	94,1	1	5,9	0	0,0
N	Lavanderia	14	82,4	3	17,6	0	0,0
N	Local para guarda de roupas de uso coletivo	14	82,4	3	17,6	0	0,0
N	Local para depósito de material de limpeza-(DML)	10	58,8	7	41,2	0	0,0
N	Almoxarifado indiferenciado com área mínima de 10,0 m ² .	7	41,2	10	58,8	0	0,0
	Vestiário e banheiro para funcionários, separados por sexo.		0,0		0,0		0,0
N	* Banheiro com área mínima de 3,6 m ² , contendo 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 10 funcionários ou fração.	12	70,6	4	23,5	1	5,9
N	* Área de vestiário com área mínima de 0,5 m ² por funcionário/turno.	6	35,3	11	64,7	0	0,0
N	Lixeira ou abrigo externo à edificação para armazenamento de resíduos até o momento da coleta.	15	88,2	2	11,8	0	0,0
N	Área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre (solarium com bancos, vegetação e outros).	11	64,7	5	29,4	1	5,9

As rampas para facilitar o acesso e movimentação dos residentes no caso de desníveis estão presentes em doze (70,6%) ILPI, mas apenas seis (35,3%) estão de acordo com especificações da NBR9050/ABNT (Tabela 12) (Figura 2).

As circulações internas principais e secundárias contam com luz de vigília permanente em dez (58,8%) instituições, mas em sete (41,2%) instituições possuem corrimão dos dois lados nas circulações com largura maior ou igual a 1,5m. Portas com travamento simples sem uso de trancas ou chaves foram identificadas em onze (64,7%) ILPI (Tabela 12) (Figura 4).

Figura 1 - Paredes com Infiltração e Mofo



Figura 2 - Rampas fora dos padrões



Figura 3 - Banheiros com ferrugem, vazamentos e fiação exposta.



Figura 4 - Corredores com corrimão



Figura 5 - Ambientes específicos (sala de convivência e almoxarifado indiferenciado)



Figura 6 - Área descoberta para convivência



Quanto aos ambientes das ILPI, os dormitórios variam de acordo com o perfil da ILPI, feminino, masculino e/ou mista, mas 65% das ILPI estiveram dentro dos padrões. Quanto à distância mínima entre as camas e a lateral da cama, treze (76,5%) ILPI atenderam a norma. Não foi identificada luz de vigília e campainha de alarme dos dormitórios em quinze (88,2%) ILPI (Tabela 12).

Os banheiros estavam dentro dos padrões em treze (76,5%) ILPI, no entanto foram identificados locais com fiações expostas, ferrugem, vazamentos, e estrutura física inapropriada (Figura 3).

Doze (70,6%) instituições possuem refeitório com área mínima por usuário, lavatório para higienização e luz de vigília (Tabela 12).

O material de limpeza é armazenado em depósito específico (DML) em dez (58,8%) ILPI, mas em sete (41,2%) estão acondicionados juntos dos outros produtos, como alimentos (Tabela 12).

Em onze (64,7%) ILPI existe área descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao livre, como solário com bancos e área verde (Tabela 12).

Apenas duas (11,8%) ILPI mantêm disponível cópia da RDC nº. 283/05 para consulta dos interessados.

Dentre as ILPI analisadas, 35,3% notificam e 64,7% não notificam a suspeita de doenças de notificação compulsória a Vigilância Epidemiologia. Quanto à ocorrência de quedas com lesão e tentativa de suicídio, 23,5% notificam e 70,6% não notificam a Vigilância Sanitária (Tabela 13).

Tabela 13 - Total de ILPI que realizam Notificação Compulsória

Classif. do Item	NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	SIM		NÃO		N/A	
		N	%	N	%	N	%
I	Notifica à vigilância epidemiológica a suspeita de doença de notificação compulsória	6	35,3	11	64,7	0	0,0
I	Notifica à autoridade sanitária local, a ocorrência de queda com lesão e tentativa de suicídio.	4	23,5	12	70,6	1	5,9

A tabela 14 demonstra o consolidado de pontos obtidos no instrumento avaliado, ou seja, o roteiro de inspeção aplicado nas 17 ILPI analisadas. Dentre os procedimentos observados, as condições gerais da ILPI, foi a que obteve melhor percentual médio com 15 pontos, atingindo 77, 1% da pontuação máxima. Em contrapartida, a notificação compulsória atingiu apenas 32,4% de média. Das 17 ILPI analisada, 10 (58,8%) pontuaram com 0 (zero), ou seja, não realizam nenhum tipo de notificação.

Tabela 14 - Consolidado de Pontos Obtidos no Instrumento nas ILPI Analisadas

PROCEDIMENTOS		ILPI																	Média de Pontos	
Tipo	Máximo de Pontos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
Condições Gerais	19	n	13	19	0	8	19	19	12	19	19	6	1	19	19	19	19	19	19	15
		%	68,4	100,0	0,0	42,1	100,0	100,0	63,2	100,0	100,0	31,6	5,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	77,1
Organização	20	n	0	17	0	3	15	9	12	5	3	3	0	6	0	14	11	11	11	7
		%	0,0	85,0	0,0	15,0	75,0	45,0	60,0	25,0	15,0	15,0	0,0	30,0	0,0	70,0	55,0	55,0	55,0	35,3
Recursos Humanos	26	n	21	5	0	3	15	24	21	9	18	12	9	18	9	21	20	11	18	14
		%	80,8	19,2	0,0	11,5	57,7	92,3	80,8	34,6	69,2	46,2	34,6	69,2	34,6	80,8	76,9	42,3	69,2	52,9
Infra-Estrutura Física	91	n	29	46	28	43	42	88	64	74	86	65	38	70	32	61	76	82	76	59
		%	31,9	50,5	30,8	47,3	46,2	96,7	70,3	81,3	94,5	71,4	41,8	76,9	35,2	67,0	83,5	90,1	83,5	64,6
Processos Operacionais	11	n	2	8	0	0	5	8	7	3	8	2	0	7	0	5	11	8	2	4
		%	18,2	72,7	0,0	0,0	45,5	72,7	63,6	27,3	72,7	18,2	0,0	63,6	0,0	45,5	100,0	72,7	18,2	40,6
Saúde	25	n	2	23	0	8	8	23	8	8	8	9	6	20	5	14	13	10	6	10
		%	8,0	92,0	0,0	32,0	32,0	92,0	32,0	32,0	32,0	36,0	24,0	80,0	20,0	56,0	52,0	40,0	24,0	40,2
Alimentação	8	n	3	3	0	3	3	8	3	6	8	3	0	5	0	0	6	3	3	3
		%	37,5	37,5	0,0	37,5	37,5	100,0	37,5	75,0	100,0	37,5	0,0	62,5	0,0	0,0	75,0	37,5	37,5	41,9
Lavagem, Processamento e Guarda de Roupas	8	n	5	5	3	0	3	8	6	6	6	4	3	8	4	4	6	5	6	5
		%	62,5	62,5	37,5	0,0	37,5	100,0	75,0	75,0	75,0	50,0	37,5	100,0	50,0	50,0	75,0	62,5	75,0	60,3
Limpeza	5	n	0	3	0	0	3	3	3	5	3	3	0	3	0	5	3	3	3	2
		%	0,0	60,0	0,0	0,0	60,0	60,0	60,0	100,0	60,0	60,0	0,0	60,0	0,0	100,0	60,0	60,0	60,0	47,1
Notificação Compulsória	6	n	0	6	0	0	0	3	0	3	6	6	0	0	0	3	0	6	0	2
		%	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	100,0	0,0	32,4
Total de Pontos com Base no Valor do Indicativo de Qualidade	219	T	75	135	31	68	113	193	136	138	165	113	57	156	69	146	165	158	144	121
Percentual de Pontos Obtidos no Instrumento	100%	%	34,2	61,6	14,2	31,1	51,6	88,1	62,1	63,0	75,3	51,6	26,0	71,2	31,5	66,7	75,3	72,1	65,8	55,4

Dos 219 pontos que poderiam ser obtidos no instrumento, a instituição três obteve um total de apenas 31 pontos, atingindo 14,2% do percentual de conformidade. Já a instituição seis obteve melhor resultado, com um total de 193 pontos, ou seja, atendeu 88,1% do percentual de conformidade do roteiro de inspeção. A média do total de pontos das instituições foi 121, ou seja, atendendo a 55,4% do roteiro de inspeção, com uma variação entre 14,2% a 88,1% do percentual de conformidade, menor e maior pontuação, respectivamente (Tabela 14).

Tabela 15 - Total de ILPI por Grau de Risco para Saúde do Idoso

Grau de Risco para o Idoso	Percentual de Conformidade	ILPI	
		N	%
Alto	Até 49 %	5	29,4
Médio	De 50 % a 79%	11	64,7
Baixo	De 80% a 99%	1	5,9
Sem risco	100%	0	0,0
Total		17	100,0

Entre as dezessete instituições analisadas, cinco (29,4%) representavam, no momento da inspeção, alto grau de risco para o idoso, pois não atingiram a menor faixa do percentual de conformidade (de até 49%). Onze (64,7%) ILPI foram classificadas como de médio risco para o idoso, com percentual de conformidade entre 50 e 79%. Apenas uma (5,9%) ILPI teve percentual de conformidade entre 80% e 99%, classificada como de baixo risco para saúde do idoso e nenhuma ILPI neste Estado foi considerada sem risco para saúde do idoso (Tabela 15).

6. DISCUSSÃO

Foram avaliadas as condições de funcionamento de dezessete instituições de longa permanência (ILPI) para idosos, situadas no Estado de Alagoas, se estão aptas ou não para o atendimento ao idoso, através da análise dos roteiros de inspeção de dezessete instituições de longa permanência para idosos. Sabemos que em relação ao perfil das ILPI, os dados são escassos. Faz-se sendo necessário produzir informações confiáveis que permitam a criação de ambientes físicos e sociais que melhorem a saúde das pessoas com incapacidades e a participação integral dessas pessoas na sociedade.

Considerando o aumento progressivo da população idosa, pode-se prever uma maior demanda das ILPI, as quais constituem, na maioria das vezes, uma opção para melhorar a qualidade de vida desses indivíduos. Porém, é necessário que estes idosos recebam toda ajuda estrutural, tanto de recursos materiais quanto humanos, para atender, da melhor forma possível suas demandas. Desta forma a vigilância e o aprimoramento dos serviços prestados pelas instituições de longa permanência para idosos torna-se prioridade, pois estas emergem como uma alternativa de suporte social para atenção à saúde do idoso.

As dezessete ILPI analisadas são predominantemente de caráter filantrópico, ou seja, 88,2%. A V Caravana Nacional de Direitos Humanos, analisando uma amostra da realidade dos abrigos e asilos de idosos no Brasil, identificou, em 2002, que os idosos institucionalizados representavam 0,15% da população brasileira. De acordo com o presente estudo, o Estado de Alagoas conta com 508 idosos institucionalizados, ou seja, um percentual de 0,21% dos idosos residentes no Estado. Em Belo Horizonte, este percentual chega a 0,46%⁴⁸.

Atualmente 85% dos leitos estão ocupados com idosos residentes de ambos os sexos, mas 53,7% são mulheres. Em estudo realizado em Aracaju, as mulheres representavam 63,8% dos idosos residentes nos dois asilos analisados⁵⁵. Chaimowicz constatou que o gênero feminino representava 81% dos idosos institucionalizados no município de Belo Horizonte⁴⁸.

A capacidade funcional é o indicativo de qualidade de vida do idoso avaliado de forma mais relevante na gerontologia. Utilizando-se o índice de Katz avalia-se a capacidade

funcional na comunidade de idosos, doentes crônicos ou com longos períodos de recuperação hospitalar. É uma escala que atribui diferentes graus de independência funcional, como tomar banho, se vestir, utilizar o banheiro, comer, incontinência, caminhar, etc. A realização das atividades da vida diária é utilizada pelos profissionais de saúde como um parâmetro para avaliar o grau de dependência dos pacientes⁵⁶. Todas as instituições analisadas possuem residentes de grau de dependência I que, segundo a RDC 283/05, são definidos como idosos independentes, mas que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda, mas em quatorze (82,4%) ILPI existem idosos com grau de dependência II e em treze (76,5%) com grau de dependência III. A presença de cuidadores para os idosos com grau de dependência I, II e III foi constatada em, respectivamente, em onze (64,7%), oito (47,1%) e oito (47,1%) ILPI.

O asilo não deveria ser considerado apenas uma instituição que acolhe idosos rejeitados ou abandonados pela família, mas sim, ser lembrado, compreendido e respeitado como uma escolha dentro de um contexto de vida de cada indivíduo. O idoso quando institucionalizado é levado a um novo mundo, novas pessoas, novo ambiente, novas regras, nova rotina diária, desta forma, a institucionalização se torna um processo difícil em qualquer idade, pois há todo um processo de adaptação por parte do indivíduo à instituição e não desta a ele, com assistência integral com atuação de uma equipe multidisciplinar¹².

A internação em ILPI é uma alternativa em determinadas situações onde é necessária reabilitação, mas envelhecer num país com tantos problemas sociais, econômicos e estruturais a resolver constitui-se em grande desafio para os indivíduos, para o conjunto da sociedade e para o governo, no sentido de oferecer condições qualificadas para o prolongamento da vida⁵⁷.

Segundo Araújo parece que a dependência do idoso é vista como algo natural e esperado, mas, na verdade, sabe-se que quando ele é acometido por patologias que o levam à condição de dependência parcial ou total, é possível ainda reabilitá-lo para que recupere a capacidade de realizar uma ou outra atividade de vida diária⁵⁸.

Para Okuma, a atividade física é um recurso importante para minimizar a degeneração provocada pelo envelhecimento, possibilitando ao idoso manter uma qualidade de vida ativa⁵⁹. Segundo Annunziato, a atividade física estimula o equilíbrio, a mobilidade articular, a flexibilidade, a postura, a coordenação, a força dos membros inferiores e superiores, reduzindo as quedas, além de desenvolver a autoconfiança, a auto-imagem e a

socialização⁶⁰. No entanto, apenas 23,5% das ILPI analisadas neste estudo possuem recursos humanos para as atividades de lazer. Mas é necessário o investimento com contratação de profissionais de educação física preparados para atuarem com idosos institucionalizados.

O cuidado com o idoso com doenças crônicas exige conhecimento técnico assistencial, administrativo e capacidade técnica para resolução de problemas¹. O provimento de recursos para ações de qualificação e de capacitação de recursos humanos, e incremento da qualidade técnica dos profissionais de saúde do SUS na atenção à pessoa idosa constitui uma diretriz da Política Nacional do Idoso, para que o setor saúde possa dispor de pessoal em quantidade e principalmente qualidade, cujo provimento é de responsabilidade das três esferas de governo^{1,2}.

Desta forma, a assistência multiprofissional e multidisciplinar do idoso são imprescindíveis, pois muitos se encontram acometidos por doenças, fragilizados, deprimidos, e precisam de atendimento diferenciado com o propósito de restabelecer sua saúde¹. No entanto, a realidade mostra que grande parte não tem uma estrutura mínima para essa assistência, contando apenas com um médico e um enfermeiro ou técnico de enfermagem. Em apenas uma instituição, das 17 analisadas foi identificada uma equipe multiprofissional com médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista, além de técnicos e auxiliares de enfermagem.

Segundo Tomasani e Alves existem evidências empíricas que os resultados da adaptação dos idosos nas instituições são influenciados pela qualidade do ambiente⁶¹. Néri apontou que condições ambientais favoráveis e adaptadas às condições dos idosos são providências que a sociedade deveria tomar para que os idosos envelheçam satisfatoriamente⁶². Wahl e Weisman, ao descrever as três funções básicas destinadas a idosos: manutenção, estimulação e suporte, salientam que o suporte compensa a redução ou perda de competências, através da eliminação de barreiras ou garantindo acessibilidade nos ambientes⁶³.

Os ambientes físicos devem ser planejados e projetados de forma a assegurar condições de habitabilidade, segurança, salubridade; desta forma, é imprescindível a análise e aprovação do projeto arquitetônico pela equipe de vigilância sanitária que verificará as normas e padrões de cada ambiente da instituição, visando à redução dos riscos para o idoso, como a incidência de quedas, que deve inclusive ser notificada a vigilância sanitária. Em

estudo realizado na Paraíba, demonstrou que 25% dos corredores fogem aos padrões da RDC 283/05 e NBR9050/ABNT, e esse presente estudo demonstrou que 35% das ILPI analisadas no Estado de Alagoas não atendem a estes requisitos, ou seja, circulações internas principais com largura mínima de 1,0 m e secundárias com 0,8 m, mas se as circulações possuírem largura maior ou igual a 1,5 m com corrimão dos dois lados, e se for inferior, com corrimão em um dos lados⁶⁴.

Santelle, Lefevre e Cervato analisaram três ILPI e observaram que o risco para desnutrição está presente em ambos os gêneros, mas os idosos desnutridos ou em risco de desnutrição, são os mais exigentes quanto ao seu tratamento, ou seja, necessitando de uma alimentação mais elaborada. Assim, a alimentação nas instituições deve ser planejada de forma a atender as necessidades nutricionais de cada residente, possibilitando um estado nutricional equilibrado, e conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida⁶⁶. A alimentação nas ILPI analisadas mostrou-se deficiente. Não existem rotinas para o processamento dos alimentos e, em algumas instituições, as seis refeições diárias preconizadas não são oferecidas. Em outras, é oferecido o mesmo cardápio para todos os residentes.

Segundo Born, se a ILPI for estruturada com qualidade, o idoso pode recuperar a saúde e a vontade de viver, criar novas relações sociais e desenvolver-se. Infelizmente, no Brasil, ainda constituem minoria as instituições merecedoras dessa qualificação⁵³. Este estudo constatou que a realidade alagoana não é diferente, onde apenas uma entre as dezessete ILPI do Estado de Alagoas oferece baixo risco para saúde do idoso institucionalizado.

A OMS já afirmava que os idosos residentes em instituições estão entre os grupos de idosos mais expostos a riscos, ocupando lugar de destaque quanto à sua saúde ou à sua situação socioeconômica⁶⁶.

A legislação brasileira teve um avanço importante, mas muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira, visto que o distanciamento entre a lei e a realidade dos idosos no Brasil ainda é enorme.

De acordo com Organização Mundial da Saúde os países podem custear o envelhecimento se a sociedade, organizações e governos implementarem políticas e programas de “envelhecimento ativo” que melhorem a saúde, a participação e a segurança

dos idosos. Desta forma, é de fundamental importância discutir e formular estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas, pois a organização da rede do SUS é essencial para que as diretrizes dessa Política sejam plenamente alcançadas¹.

Considerando o indicativo de conformidade e sua respectiva pontuação para cada tipo de item em relação aos procedimentos avaliados, observa-se uma variação entre as instituições em relação aos valores mínimo e máximo obtidos no instrumento. Apesar da grande variação, as médias do percentual de conformidade de cada procedimento foram baixas na maioria dos procedimentos analisados.

Tornou-se assim fundamental conhecer a situação das ILPI do Estado de Alagoas. Estado com uma população de 244.700 idosos, o que representa 8,06% da população alagoana, segundo Contagem Populacional de 2007, e com a menor expectativa de vida, de 66,77 anos, ou seja, um alagoano vive 8,57 anos a menos que uma pessoa que nasce e vive no Distrito Federal¹⁹.

Acreditamos que os resultados apresentados devem favorecer o desenvolvimento de novos estudos em outros estados do Brasil, pois o perfil sanitário das ILPI estudadas é preocupante.

7. CONCLUSÃO

Em pesquisa realizada nas bases da Bireme/BVS com palavras-chaves: ILPI, instituição de longa permanência, vigilância sanitária, perfil sanitário; mostrou um número reduzido de trabalhos sobre o perfil sanitário das instituições de longa permanência para idosos. A escassez de informações é um dos fatores mais limitantes para o desenvolvimento de intervenções que objetivem um envelhecimento bem-sucedido e seguro nas ILPI.

Para se conhecer a realidade praticada e vivida pelas ILPI, faz-se necessário um levantamento contínuo dos recursos humanos, serviços oferecidos e das condições gerais de funcionamento das ILPI. Este levantamento permitirá nortear uma política de qualidade para atendimento aos idosos institucionalizados. Assim, a vigilância sanitária e o setor público poderão cumprir seu papel regulador, fiscalizador e executor das ações que minimizem os riscos à saúde da pessoa idosa.

Analisando os objetivos específicos deste estudo, ficou evidente que urge a necessidade de readequação das ILPI situadas no Estado de Alagoas à regulamentação da ANVISA. Apenas uma destas instituições, dentre as dezessete analisadas neste Estado, oferece baixo risco à saúde do idoso. Nas demais ILPI foram detectados sérios problemas estruturais, logísticos e de recursos humanos, de caráter preocupante e desde que não corrigidos, poderão ocasionar danos irreparáveis à saúde destes indivíduos.

A VISA com a missão de prevenir, reduzir ou eliminar o risco sanitário à saúde dos idosos, tenta garantir um atendimento digno nas ILPI, seja por ações educativas e quando necessário, punitivas; com objetivo de assegurar o padrão mínimo para seu funcionamento, por meio de instalações em condições adequadas de higiene, segurança e habitabilidade, com qualidade e redução do risco sanitário, ou seja, reduzindo a probabilidade da ocorrência de evento desfavorável para saúde do idoso institucionalizado.

Vale salientar que a Vigilância Sanitária tem atividade de caráter intersetorial, onde a qualidade do seu trabalho necessita da integração entre setores das diversas esferas do governo, da cooperação de organizações e da sociedade civil. A parceria da sociedade permite

desenvolver suas tarefas cotidianas de fiscalização e controle e alcançar junto aos gestores municipais, estadual e federal a atenção correspondente a sua importância.

Em Belo Horizonte, as ações de vigilância sanitária alcançaram resultados positivos na melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados, mas para tal buscaram uma aproximação com outros setores como a Atenção ao Idoso, equipes da UBS e demais secretarias que atuam no cuidado ao idoso, e criação de um grupo intersetorial (VISA, Assistência Social e Atenção ao Idoso) visando vitórias conjuntas nas ILPI. Como resultado, os avanços foram notáveis, onde os abrigos tornaram-se locais mais salubres, acessíveis e humanizados, e de forma expressiva com uma melhoria das condições gerais de funcionamento das instituições.

Como recomendação, seguindo o exemplo acima citado, ser realizada uma parceria intersetorial para uma melhoria contínua da qualidade da ILPI com redução dos riscos e dos eventos adversos associados à assistência à saúde do idoso, a fim de mudar esta realidade no estado de Alagoas.

A reestruturação das ILPI é um grande desafio. Há necessidade de sensibilização dos dirigentes para adequação da infraestrutura física, visando aconchego e segurança e para a contratação de equipe multiprofissional, mínima, mas capacitada e comprometida. A fim de garantir o atendimento adequado e qualificado ao perfil dos idosos que a ILPI assiste, devem guiar estas mudanças.

As questões relativas às instituições de longa permanência dos idosos devem ser refletidas criteriosamente, pois a tendência para os próximos anos é o aumento da demanda por estas instituições. A situação das ILPI é preocupante e suscita novas reflexões sobre o papel da ILPI, dos órgãos governamentais, da sociedade, a fim de promover uma vida com qualidade e conseqüentemente, um envelhecimento bem-sucedido. Como dizia Albert Einstein, “Insanidade é continuar a fazer as coisas da mesma forma e esperar um resultado diferente”.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.528**, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e revoga a Portaria nº. 1395/GM, em 10 de dezembro de 1999.
2. Gordilho A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espíndola N, *et al.* **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso.** Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000.
3. Lima-Costa MF, Guerreiro HL, Barreto SM, Guimarães RM. **Diagnóstico da Situação de Saúde da População Idosa Brasileira: um Estudo da Mortalidade e das Internações Hospitalares Públicas.** IESUS - Informe Epidemiológico do SUS. 2000; 9(4):23-41.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Caderno de Atenção Básica – nº. 19. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2006.
5. Lollar DJ, Crews JE. **Redefining the role of public health in disability.** Annu. Rev. Public Health. 2002, 24:195–208
6. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – **RDC 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.
7. Carvalho MCBNM; Silva, ILR. **O diálogo intergeracional entre idosos e crianças : projeto “Era uma vez... atividades intergeracionais”, 2007.** 123p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
8. Brasil. Governo do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do idoso.** Belo Horizonte SAS/MG, 2006. 1ª Edição.
9. World Health Organization – WHO. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde /** World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.
10. Lopes FL, Tier CG, Lunardi-Filho W, Santos, SSC. **Diagnóstico de enfermagem de idosos.** Cienc Cuid Saúde Jan/Mar 2007;6(1):59-67.
11. Organização Mundial da Saúde – OMS. Assembleia Mundial sobre envelhecimento: **Resolução 39/125.** Viena; 1982.
12. Novaes MRCG. **Assistência farmacêutica ao idoso: uma abordagem multiprofissional.** Brasília : Editora Thesaurus, 2007.
13. Carvalho JAM; Garcia RA. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico.** Cad. Saúde Pública, Jun. 2003, 19(3):725-733.

14. Camarano AA. **Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br> .
15. Camarano *et al*, 1999. **Como vive o idoso brasileiro?** In: Camarano, AA (org). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro, IPEA, 1999.
16. Camarano, AA (org). **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro, IPEA, 2004, 604p.
17. Beltrão KI, Camarano AA, Kanso S. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Rio de Janeiro: IPEA, Ago. 2004.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. **Censo demográfico, 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.
19. _____. Diretoria de Pesquisas. **Censo demográfico, 2007**. Disponível em www.ibge.gov.br. Acessado em 14/10/2007.
20. _____. Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o período de 1980-2050. Revisão 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.
21. _____. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil, 2000**. Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica, nº. 9. Rio de Janeiro, 2002.
22. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade; 1994-96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Tábua Completa de Mortalidade- 2007**. Divulgada em 01/12/2008. Disponível em www.ibge.gov.br.
24. _____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050. Revisão 2004. Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das unidades da Federação: 1980-2020**. Estimativas populacionais. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.
25. _____. Diretoria de Pesquisas. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios – PNAD/2004-2005**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.
26. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Giatti L. **Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000)**. Epidemiol. Serv. Saúde, dez-2004, 13(4):217-228.
27. Firmo JOA, Barreto SM, Lima-Costa MF. **The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): Factors Associated With The Treatment Of Hypertension In Older Adults In The Community**. Cadernos de Saúde Pública, mai/jun, 2003, 19(3):817-827.
28. Lima-Costa MF, Veras R. **Saúde Pública e Envelhecimento**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, mai-jun, 2003, 19(4):700-701.
29. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. **Profile of the elderly residents in Sao Paulo, Brazil: Results from a household survey**. Revista de Saúde Pública, 1993, 27(2):87-94.

30. Siqueira AB, Cordeiro RC, Oerracini MR, Ramos LR. **Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos.** Revista de Saúde Pública. 2004, 38(5):687-694.
31. Coelho Filho JM, Ramos LR. **Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar.** Revista de Saúde Pública, 1999; 33(5):445-453.
32. Coelho Filho JM. **Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos.** Revista de Saúde Pública, 2000; 34(6):666-671.
33. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. **Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil.** Revista de Saúde Pública, 2004; 38(4):557-64.
34. Ramos LR. **Epidemiologia do envelhecimento.** In: Tratado de Geriatria e Gerontologia, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2002, 7:72-78.
35. Maciel ACC, Guerra RO. **Limitação Funcional e Sobrevida em Idosos e Comunidade.** Rev Assoc Med Brás, 2008; 54(4): 347-52.
36. Junior CMP, Reichenheim ME. **Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso.** Cad Saude Pública, 2005; 21:7-19.
37. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. **Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos.** Rev Saúde Pública, 37(1): 40-48.
38. Lima-Costa MF et al. **Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Mai/Jun. 2003; 19(3):745-757.
39. Neri AL, Sommerhalder C. **As várias faces do cuidador e do bem-estar do cuidador.** In: (Néri AL, Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais.** São Paulo: Editora Alínea, 2002, 1:9-63.
40. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988.
41. _____. Presidência da República. **Lei nº 8.842**, de 04 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.
42. _____. **Decreto nº 1.948**, de 03 de Julho de 1996. Regulamenta a **Lei nº 8.842**, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências.
43. _____. Ministério da Saúde. **Lei Federal nº.10.741**, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências.
44. _____. **Portaria GM/MS nº. 399**, de 03 de abril de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.
45. Cutler D. **“Declining Disability Among The Elderly.”** Health Affairs. 2001, Vol 20. (6): 11-27.

46. Singer B, Manton K. **The effects of health changes on projections of health service needs for the elderly population of the United States.** Proceedings of the National Academy of Sciences, 1998; 23: 32-35.
47. United Nations. **Madrid International plan of action on ageing, 2002.** Disponível em: <http://www.un.org> . Acesso em: 24 de outubro 2008.
48. Chaimowicz F; Greco DB. **Dinâmica da institucionalização de idosos.** Rev. Saúde Pública, 1999; 33 (5).
49. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. **Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde.** Revista Latino-Am. Enfermagem. 2004,;12(3).
50. Telles Filho PCP, Petrilli Filho JF. **As Causas de Inserção de Idosos em uma Instituição Asilar.** Esc. Anna Nery. Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, jan./dez. 1999; 1/2:51-56.
51. Born T. **Quem vai cuidar de mim quando ficar velha?** Revista Kairós Gerontologia. São Paulo. 2001, 4(2):135-148.
52. Vieira RF. **Identidade Arquivada: Análise da Identidade e da Mortificação do eu dos Velhos, pelas Práticas Asilares.** 1997. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 1997.
53. Born T. **Cuidado ao idoso em instituição.** In: Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo (SP): Atheneu; 1996:403-14
54. Ferreira PA. **Qualidade de vida nas instituições de longa permanência para idosos do Estado de Minas Gerais.** Disponível em <http://www.portaldoenvelhecimento.net>. Acessado em 10/07/2008.
55. Aguiar P.M., Lyra Junior D.P., Silva D.T. & Marques T.C. **Avaliação da Farmacoterapia de Idosos Residentes em Instituições Asilares no Nordeste do Brasil.** Latin American Journal of Pharmacy - 27 (3) – 2008.
56. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. **Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function.** JAMA. 1963; 185(12):914-19.
57. Rodrigues NC, Rauth J, Freitas EV. **Os Desafios do Envelhecimento no Brasil.** Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, Editora Guanabara: 2002; 12:106-110.
58. Araújo MOPH, Ceolim MF. **Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência.** Rev Esc Enfermagem USP, 2007; 41(3):378-85. Disponível em www.ee.usp.br/reeusp/
59. Okuma SS – **O Idoso e a Atividade Física.** 2ª Edição. São Paulo, Editora Papirus: 2002.
60. Annunziato MPHL. **Atividade Física com Idosos em Instituições de longa Permanência.** Disponível em: www.google.com.br. Acessado em 12/12/2008.

61. Tomasini SLV, Alves S. **Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência**. RBCEH, Passo Fundo, jan./jun. 2007; 4(1):88-102,
62. Neri AL. **Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário**. In: Duarte YAO. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.
63. Whal HW, Weisman GD. **Environmental gerontology at the beginning of new millennium: reflections on its historical, empirical, and theoretical development**. The Gerontologist, 2003; 43(5):612-627.
64. Sá FD, et al. **Adaptações ergonômicas e equilíbrio em idosos: Análise descritiva do risco de quedas em uma Instituição de Longa Permanência em João Pessoa – PB**. In: XXVI ENEGEP -Fortaleza, CE, Brasil, 9 a 11 de Outubro de 2006, Fortaleza,. XXVI ENEGEP Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Outubro de 2006, 2006. In: ABERGO - 14º Congresso Brasileiro de Ergonomia, 4º. Fórum Brasileiro de Ergonomia e 2º. Congresso Brasileiro de Iniciação em Ergonomia, 2006, Curitiba. Anais do ABERGO 2006.
65. Santelle O, Lefevre AMC, Cervato AM. **Alimentação institucionalizada e suas representações sociais**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, dez, 2007; 23(12):3061-3065.
66. Organização Mundial da Saúde – OMS. **Planificacion y organizacion de los servicios geriaticos**. Infome tecnico no 48. Genebra: OMS, 1974.

APÊNDICES

1. ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

ROTEIRO DE INSPEÇÃO

PARA

FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

ESTE ROTEIRO TEM POR OBJETIVO AUXILIAR O PROCESSO DE FISCALIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS A FIM DE VERIFICAR SE ESTAS INSTITUIÇÕES ESTÃO CUMPRINDO O PADRÃO MÍNIMO DE FUNCIONAMENTO EXIGIDO PELA **RESOLUÇÃO ANVISA/DC Nº 283, DE 26 DE SETEMBRO DE 2005**, CLASSIFICANDO-AS COM BASE NO GRAU DE RISCO PARA A SAÚDE.

ESTE ROTEIRO 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.

Inspeção em Instituições de Longa Permanência para Idosos

Instrumento 1

FOLHA INICIAL	✓ CAPA DE APRESENTAÇÃO
FOLHA 3	✓ IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
FOLHA 4	✓ DEFINIÇÕES OPERACIONAIS
FOLHA 4	✓ CONDIÇÕES GERAIS
FOLHA 5	✓ ORGANIZAÇÃO
FOLHA 5	✓ RECURSOS HUMANOS
FOLHA 6	✓ INFRAESTRUTURA FÍSICA
FOLHA 9	✓ PROCESSOS OPERACIONAIS
FOLHA 10	✓ SAÚDE
FOLHA 11	✓ ALIMENTAÇÃO
FOLHA 11	✓ LAVAGEM, PROCESSAMENTO DE ROUPAS E GUARDA DE ROUPAS
FOLHA 11	✓ LIMPEZA
FOLHA 12	✓ NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA
FOLHA 12	✓ MONITORAÇÃO E AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DA INSTITUIÇÃO
FOLHA 13	✓ ESCLARECIMENTOS SOBRE OS INDICADORES DA ATENÇÃO
FOLHA 14	✓ INDICATIVO DO PADRÃO DE QUALIDADE

IDENTIFICAÇÃO	Folha Inicial
----------------------	---------------

RAZÃO SOCIAL:	CNPJ:
NOME FANTASIA:	
LICENÇA SANITÁRIA N.º	
DATA EXPEDIÇÃO: -----/-----/-----	VALIDADE: -----/-----/-----.
ENDEREÇO :	
BAIRRO / DISTRITO:	CEP:
MUNICÍPIO:	CÓDIGO:
TELEFONE:	
FAX:	E-MAIL:
Início das atividades:	
COORDENADOR GERAL	
CPF:	
RESPONSÁVEL TÉCNICO : _____	Nº CONSELHO:
	CPF:
(4.5.3.1) O Responsável Técnico deve possuir formação de nível superior	
6) NATUREZA JURÍDICA:	
MUNICIPAL () ESTADUAL () FEDERAL ()	
PÚBLICA: () PRIVADA () FILANTRÓPICA ()	
CAPACIDADE INSTALADA: MASC.() FEM.()	
NÚMERO DE LEITOS OCUPADOS: MASC.() FEM.()	

3- DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

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 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 auto-cuidado 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.

INSTRUMENTO 1

Avaliação geral		Folha		
item da norma	Condições gerais	PC	Sim / Não	PONTUAÇÃO
	A instituição:			
4.3.1	1. Preserva 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;	N		
4.3.2	2. Preserva a identidade e a privacidade do idoso, assegurando um ambiente de respeito e dignidade;	N		
4.3.3	3. Promove ambiência acolhedora;	I		
4.3.4	4. Promove a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência;	R		
4.3.5	5. Promove integração dos idosos, nas atividades desenvolvidas pela comunidade local;	R		
4.3.6	6. Favorece o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações;	R		
4.3.7	7. Incentiva e promove a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente;	N		
4.3.8	8. Desenvolve atividades que estimulem a autonomia dos idosos;	N		
4.3.9	9. Promove condições de lazer para os idosos tais como: atividades físicas, recreativas e culturais.	N		
4.3.10	10. Desenvolve atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra pessoas nela residentes.	I		
	ORGANIZAÇÃO			
4.5.1	11. A Instituição possui 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.	I		
4.5.1	12. A Instituição possui inscrição de seu programa junto ao Conselho do Idoso, em conformidade com o Parágrafo Único, Art. 48 da nº Lei 10.741 de 2003.	I		
4.5.2	13. A Instituição possui:			
	a) Estatuto registrado;	I		
	b) Registro de entidade social;	I		
	c) Regimento Interno.	I		
4.5.4	14. A Instituição celebra 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.	I		
4.5.5	15. A Instituição organiza e mantém atualizados e com fácil acesso, os documentos necessários à fiscalização, avaliação e controle social.	N		
4.5.6	16. A instituição possui serviços terceirizados de:			

	a) alimentação			
	b) limpeza			
	c) lavanderia			
4.5.6.1	Possui contrato e cópia do alvará sanitário da empresa terceirizada.			
RECURSOS HUMANOS				
4.6.1	16. A Instituição apresenta recursos humanos, com vínculo formal de trabalho, que garantam a realização das seguintes atividades:			
	- <u>Para os cuidados aos residentes:</u>			
4.6.1.2	a) Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;	I		
	b) Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;	I		
	c) c) Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.	I		
4.6.1.3	- <u>Para as atividades de lazer:</u> um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana.	I		
4.6.1.4	- <u>Para serviços de limpeza:</u> um profissional para cada 100m ² de área interna ou fração por turno diariamente.	I		
4.6.1.5	- <u>Para o serviço de alimentação:</u> um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas.	I		
4.6.1.6	- <u>Para o serviço de lavanderia:</u> um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente.	I		
4.6.2	A instituição possui profissional de saúde vinculado à sua equipe de trabalho, e possui registro desse profissional no seu respectivo Conselho de Classe.	I		
	Assinalar o número de profissionais por categoria			
	Médico			
	Enfermeiro			
	assistente social			
	Psicólogo			
	fisioterapeuta			
	terapeuta ocupacional			
	Nutricionista			
	farmacêutico			
técnico e auxiliares de enfermagem				
	Outros (citar a categoria profissional e o número destes profissionais): _____ _____			
4.6.3	17. A Instituição realiza atividades de educação permanente na área de gerontologia, com objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos.	N		
4.7 INFRAESTRUTURA FÍSICA				
4.7.1	18. O projeto arquitetônico de toda a construção, reforma ou adaptação foi aprovado pela autoridade sanitária competente.	I		
4.7.3	19. A Instituição oferece instalações físicas em condições de:			
	a) habitabilidade	I		
	b) higiene	I		
	c) salubridade	I		
	d) segurança	I		

4.7.4	20. A Instituição possui rampas para facilitar o acesso e a movimentação dos residentes caso apresente desníveis.	I		
4.7.5	21. As instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, proteção e combate a incêndio, telefonia e outras existentes, atendem às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às normas técnicas brasileiras pertinentes a cada uma das instalações.	I		
4.7.6	A instituição deve atender às seguintes exigências específicas:			
4.7.6.1	22. Acesso externo - devem ser previstas, no mínimo, duas portas de acesso, sendo uma exclusivamente de serviço.	I		
4.7.6.2	23. Pisos externos e internos (inclusive de rampas e escadas) - são de fácil limpeza e conservação, uniformes, com ou sem juntas e com mecanismo antiderrapante.	I		
4.7.6.3	24. Rampas e Escadas - executadas conforme especificações da NBR 9050/ABNT, observando as exigências de corrimão e sinalização. a) A escada e a rampa de acesso à edificação tem no mínimo, 1,20m de largura.	I		
4.7.6.4	25. Circulações internas - as circulações principais têm largura mínima de 1,00m e as secundárias possuem largura mínima de 0,80 m; contando com luz de vigília permanente.	I		
	a) circulações com largura maior ou igual a 1,50 m possuem corrimão dos dois lados; b) circulações com largura menor que 1,50 m possuem corrimão em apenas um dos lados.			
4.7.6.5	26. -Os elevadores seguem as especificações da NBR 7192/ABNT e NBR 13.994.	I		
4.7.6.6	27. Portas - devem ter um vão livre com largura mínima de 1,10m, com travamento simples sem o uso de trancas ou chaves.	I		
4.7.6.7	28. Janelas e guarda-corpos - devem ter peitoris de no mínimo 1,00m.	N		
4.7.7	A INSTITUIÇÃO POSSUI OS SEGUINTE AMBIENTES: * Os ambientes podem ser compartilhados de acordo com a afinidade funcional e a utilização em horários ou situações diferenciadas.			
4.7.7.1 -	29. Dormitórios separados por sexos, para no máximo 4 pessoas, dotados de banheiro.	I		
	a) Os dormitórios de 01 pessoa possuem área mínima de 7,50 m ² , incluindo área para guarda de roupas e pertences do residente.	I		
	b) Os dormitórios de 02 a 04 pessoas possuem área mínima de 5,50m ² por cama, incluindo área para guarda de roupas e pertences dos residentes.	I		
	c) São dotados de luz de vigília e campainha de alarme.	I		
	d) Respeita-se a distância mínima de 0,80 m entre duas camas e 0,50m entre a lateral da cama e a parede paralela.	I		
e) O banheiro possui área mínima de 3,60 m ² , com 1 bacia, 1 lavatório, e 1 chuveiro, não existindo qualquer desnível em forma de degrau para conter a água, nem uso de revestimentos que produzam brilhos e reflexos.	I			
4.7.7.2	31. Áreas para o desenvolvimento das atividades voltadas aos residentes com graus de dependência I, II atendam ao seguinte padrão:			
	a) Sala para atividades coletivas para no máximo 15 residentes, com área mínima de 1,0 m ² por pessoa	N		
	b) Sala de convivência com área mínima de 1,3 m ² por pessoa	N		
4.7.7.3	32.Sala para atividades de apoio individual e sócio-familiar com área mínima de 9,0 m ²	N		

4.7.7.4	33. 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.	N		
4.7.7.4	a) As portas dos compartimentos internos dos sanitários coletivos têm vãos livres de 0,20m na parte inferior;	N		
4.7.7.5	34. Espaço ecumênico e/ou para meditação	R		
4.7.7.6	35. Sala administrativa/reunião	R		
4.7.7.7	36. Refeitório com área mínima de 1m ² por usuário, acrescido de local para guarda de lanches, de lavatório para higienização das mãos e luz de vigília.	N		
4.7.7.8	37. Cozinha e despensa	N		
4.7.7.9	38. Lavanderia	N		
4.7.7.10	39. Local para guarda de roupas de uso coletivo	N		
4.7.7.11	40. Local para depósito de material de limpeza-(DML)	N		
4.7.7.12	41. Almojarifado indiferenciado com área mínima de 10,0 m ² .	N		
4.7.7.13	- Vestiário e banheiro para funcionários, separados por sexo. a) Banheiro com área mínima de 3,6 m ² , contendo 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 10 funcionários ou fração.	N		
	b) Área de vestiário com área mínima de 0,5 m ² por funcionário/turno.	N		
4.7.7.14	42. Lixeira ou abrigo externo à edificação para armazenamento de resíduos até o momento da coleta.	N		
4.7.7.15	43. Área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre (<i>solarium</i> com bancos, vegetação e outros).	N		
5- PROCESSOS OPERACIONAIS				
5.1.1	44- 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.	I		
5.1.2	45. As atividades das Instituições são planejadas em parceria e com a participação efetiva dos idosos, respeitando as demandas do grupo e aspectos sócio-culturais do idoso e da região onde estão inseridos.	N		
5.1.3	46. A Instituição mantém registro atualizado de cada idoso, em conformidade com o estabelecido no Art. 50, inciso XV, da Lei 1.0741 de 2003.	I		
5.1.4	47. A Instituição comunica 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.	N		
5.1.5	48. O responsável pela instituição mantém disponível cópia da RESOLUÇÃO ANVISA/DC Nº 283, DE 26 DE SETEMBRO DE 2005 para consulta dos interessados.	R		
5.2	SAÚDE			
5.2.1	49. A instituição possui Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes em articulação com o gestor local de saúde.	R		
5.2.2	50- O Plano de Atenção à Saúde conta com:			
5.2.2.2	51- 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;	I		
5.2.2.3	52- atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção;	I		
5.2.2.4	53- informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes.	I		
5.2.3	54- A instituição avalia anualmente a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização.	N		

5.2.4	55- A Instituição possui comprovante de vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização do Ministério da Saúde.	N		
5.2.5	56-O Responsável Técnico - RT da instituição se responsabiliza 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.	I		
5.2.6	57-A instituição dispõe de rotinas e procedimentos escritos, referentes ao cuidado com o idoso.	N		
5.2.7	58- Em caso de intercorrência medica, o RT providencia o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no plano de atenção e comunicar a sua família ou representante legal.	I		
5.2.7.1	59 - A instituição dispõe de um serviço de remoção destinado a transportar o idoso, segundo o estabelecido no Plano de Atenção à Saúde.	I		
5.3	ALIMENTAÇÃO			
5.3.1	60- A Instituição garante aos idosos a alimentação, respeitando os aspectos culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias.	I		
5.3.2	61- A manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento e distribuição dos alimentos seguem o estabelecido na RDC nº. 216/2004 que dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação.	I		
5.3.3	62 - A instituição mantém disponível normas e rotinas técnicas quanto aos seguintes procedimentos:	N		
	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 ROUPAS			
5.4.1	63- A instituição mantém disponível as rotinas técnicas do processamento de roupas de uso pessoal e coletivo, contemplando as seguintes tarefas:	N		
	a) lavar, secar, passar e reparar as roupas;			
	b) guarda e troca de roupas de uso coletivo			
5.4.2	64- A Instituição possibilita aos idosos independentes efetuarem todo o processamento de roupas de uso pessoal.	N		
5.4.3	65- As roupas de uso pessoal são identificadas, visando à manutenção da individualidade e humanização.	R		
5.4.4	66- Os produtos utilizados no processamento de roupa são registrados ou notificados na ANVISA/MS	I		
5.5	LIMPEZA			
5.5.1	67- A instituição mantém os ambientes limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade.	I		
5.5.2	68- A instituição mantém disponíveis as rotinas quanto à limpeza e higienização de artigos e ambientes;	N		
	6. NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA			
6.1	69- A equipe de saúde responsável pelos residentes notifica 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.	I		
6.2	70 - A instituição notifica à autoridade sanitária local, a ocorrência de queda com lesão e tentativa de suicídio.	I		

Nº	INDICADOR	FÓRMULA E UNIDADE	FREQUÊNCIA DE PRODUÇÃO
1	Taxa de mortalidade em idosos residentes	$(\text{Número de óbitos de idosos residentes no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}) * 100 [\%]$	Mensal
2	Taxa incidência ² de doença diarreica aguda ³ em idosos residentes	$(\text{Número de novos casos de doença diarreica aguda em idosos residentes no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}) * 100 [\%]$	Mensal
3	Taxa de incidência de escabiose ⁴ em idosos residentes	$(\text{Número de novos casos de escabiose em idosos residentes no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}) * 100 [\%]$	Mensal
4	Taxa de incidência de desidratação ⁵ em idosos residentes	$(\text{Número de idosos que apresentaram desidratação} / \text{Número de idosos residentes no mês}) * 100 [\%]$	Mensal
5	Taxa de prevalência ⁶ de úlcera de decúbito em idosos residentes	$(\text{Número de idosos residentes apresentando úlcera de decúbito no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}) * 100 [\%]$	Mensal
6	Taxa de prevalência de desnutrição ⁷ em idosos residentes	$(\text{Número de idosos residentes com diagnóstico de desnutrição no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}) * 100 [\%]$	Mensal

ESCLARECIMENTOS SOBRE OS INDICADORES DE ATENÇÃO:

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 interglúteo, 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 supra-renal), 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

PONTUAÇÃO FINAL OBITDA NA AVALIAÇÃO

INDICATIVO DO PADRÃO DE CONFORMIDADE	
IMPRESINDÍVEL	NOTA 3
NECESSÁRIO	NOTA 2
RECOMENDÁVEL	NOTA 1

CONSOLIDADO DOS PONTOS POR PROCEDIMENTO			
PROCEDIMENTOS	IMPRESINDÍVEL	NECESSÁRIO	RECOMENDÁVEL
Condições Gerais	2	5	3
Organização	6	1	0
Recursos Humanos	8	1	0
Infraestrutura Física	19	16	2
Processos Operacionais	2	2	1
Saúde	6	3	1
Alimentação	2	1	0
Lavagem, Processamento E Guarda De Roupas	1	2	1
Limpeza	1	1	0
Notificação Compulsória	2	0	0
Total de Itens	49	32	08
Total Com Base no Valor do Indicativo de Qualidade	49 x 3 = 147	32 x 2 = 64	08 x 1 = 08
Máximo Pontos Obtidos Instrumento	219 (100%)		

PONTUAÇÃO	PERCENTUAL DE CONFORMIDADE	SITUAÇÃO	GRAU DE RISCO PARA A SAÚDE DO IDOSO
Até 108	Até 49 %	Ruim	Alto
De 109 a 173	De 50 % a 79%	Regular	Médio
De 174 a 218	De 80% a 99%	Bom	Baixo
219	100%	Excelente	Sem Risco

GRAU DE RISCO PARA A SAÚDE	% UTILIZADO	PONTUAÇÃO
<i>ALTO (RUIM)</i>		
<i>MÉDIO (REGULAR)</i>		
<i>BAIXO (BOM)</i>		
<i>EXCELENTE</i>		

ANEXOS

1. TERMO DE AUTORIZAÇÃO



**ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Maceió/AL, 12 de Novembro de 2007.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa

Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ,

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

A Diretoria Estadual de Vigilância Sanitária autoriza o desenvolvimento da pesquisa “*Perfil das Instituições de Longa Permanência para Idosos e Avaliação Multidimensional dos Idosos Institucionalizados no Estado de Alagoas*”, a ser realizado pela Gerente do Serviço de Controle de Medicamentos e Drogas, **Ianara Acioli de Freitas**, Farmacêutica CRF/AL 524, Matrícula 865217-1, como projeto de Mestrado Profissional em Saúde Pública com área de concentração em Vigilância em Saúde, sob orientação da professora Doutora Elsie Sobreira Kubrusly. A pesquisa tem por objetivo avaliar o perfil das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e dos idosos institucionalizados do Estado de Alagoas no período de 2007 a 2008, sendo realizado em duas fases. A fase I constituirá de um estudo de caso, a fim de verificar o perfil das ILPI no estado de Alagoas, a partir de dados secundários, onde será feita uma análise das inspeções realizadas referentes ao exercício 2007; já a fase II, a ser realizada em 2008, por meio das entrevistas com os idosos institucionalizados seguindo as normas previstas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, onde serão orientados sobre o anonimato e a liberdade em desistir a qualquer momento da pesquisa ao assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Cordialmente,

Ione Almeida

Diretora Estadual da Vigilância Sanitária

Diretoria Estadual de Vigilância Sanitária
Rua Sete de Setembro, nº. 50, Centro – Maceió / AL
(82) 3326-3624 – sinavisa@saude.al.gov.br

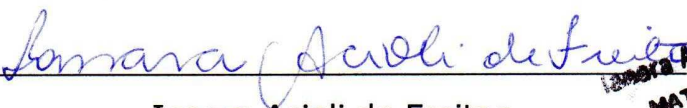
2. TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS

Eu, IANARA ACIOLI DE FREITAS, lotada na Diretoria Estadual de Vigilância Sanitária, da Secretaria de Estado da Saúde, matrícula 865217-1, responsável pelo projeto de pesquisa "PERFIL DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS E AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADO NO ESTADO DE ALAGOAS, comprometo-me a utilizar os roteiros utilizados nas inspeções em Instituições de Longa Permanência para Idosos realizadas pela Diretoria Estadual de Vigilância Sanitária – DIVISA, como dados secundários somente no apoio para a concretização do referido projeto.

Esclareço ainda que haverá todo rigor técnico nas análises estatísticas dos dados e que a fonte de informação será sempre enfatizada na elaboração de relatórios e artigos.

Maceió/AL, 12 de Novembro de 2007.



Ianara Acioli de Freitas

Ianara Acioli de Freitas
MAT. 865.217 - 1