

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA
INSTITUTO NACIONAL DE CONTROLE DE QUALIDADE EM SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Alayr Rangel Wandermurem Filho

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO MUNICÍPIO DE ARARUAMA - RJ**

Rio de Janeiro
2020

Alayr Rangel Wandermurem Filho

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO MUNICÍPIO DE ARARUAMA - RJ

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Vigilância Sanitária, do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Vigilância Sanitária.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Eugenio Castro
Cardoso de Almeida

Rio de Janeiro
2020

Catálogo na Fonte
Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
Biblioteca

Wandermurem Filho, Alayr Rangel

Avaliação das condições sanitárias das Instituições de Longa Permanência para Idosos no município de Araruama - RJ. / Alayr Rangel Wandermurem Filho. - Rio de Janeiro: INCQS/FIOCRUZ, 2020.

110 f. : fig. ; tab. ; qua.

Dissertação (Mestrado Profissional em Vigilância Sanitária) - Programa de Pós-Graduação em Vigilância Sanitária, Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

Orientador: Doutor Antônio Eugenio Castro Cardoso de Almeida.

1. Instituição de Longa Permanência para Idosos. 2. Vigilância Sanitária. 3. Legislação Sanitária. I. Título.

Evaluation of the sanitary conditions of the Institutions of Long-Term Care Institution for the Elderly in the Municipality of Araruama - RJ.

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”.

“This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brazil (CAPES) – Finance Code 001”

Alayr Rangel Wandermurem Filho

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO MUNICÍPIO DE ARARUAMA - RJ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Vigilância Sanitária, do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Vigilância Sanitária.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Professora Katia Christina Leandro – Doutora
Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde – FIOCRUZ

Professor Paulo Murillo Neufeld – Doutor
Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas da Faculdade de Farmácia da UFRJ

Professora Celia Maria Carvalho Pereira Araújo Romão – Doutora
Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde – FIOCRUZ

ORIENTADOR

Professor Antônio Eugenio Castro Cardoso de Almeida – Doutor
Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde – FIOCRUZ

DEDICATÓRIA

Ao meu pai (*in memoriam*), a minha mãe e a todos os idosos que muito fizeram pelos seus.

AGRADECIMENTO

A Deus, pela vida, pela saúde, pela esposa e filhas maravilhosas que Ele me confiou.

A minha mãe, que na perda do esposo, reuniu forças para criar e educar os filhos.

A minha esposa, que tem sido uma grande companheira e maior incentivadora em mais essa etapa de minha vida.

As minhas filhas, que se tornaram minha maior fonte de inspiração.

Aos meus colegas das vigilâncias sanitárias de Araruama e de Guapimirim, por compreenderem minha ausência e pelo apoio nesses dois anos de curso.

Ao INCQS, por ser pioneiro na formação de profissionais para as ações de Vigilância Sanitária no País.

Ao meu orientador Prof. Dr. Antônio Eugenio Castro Cardoso de Almeida, que me aceitou como seu aluno, pelo direcionamento, respeito, carinho e incentivo.

Aos professores, que com muito carinho compartilharam o conhecimento nas áreas afins da vigilância sanitária.

Aos colegas do curso que mesmo sendo uma turma formada por mestrandos e doutorandos, sempre foram igualmente generosos, compartilhando informações e conhecimentos.

A Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Vigilância Sanitária e toda sua equipe, que efetuam um trabalho magnífico em busca de manter o nível de qualidade do curso.

EPÍGRAFE

Quanto mais envelhecemos, mais precisamos ter o que fazer. Mais vale morrer do que arrastarmos na ociosidade uma velhice insípida: trabalhar é viver.

Voltaire

RESUMO

O fenômeno de envelhecimento da população implica em várias áreas da sociedade, e de forma peculiar na área da saúde, face ao envelhecimento da população. Com o envelhecimento populacional, os idosos se encontram experimentando grandes incertezas, em especial quanto aos cuidados de que necessitam. Nesse contexto, emerge uma alternativa de serviços voltados aos cuidados dos longevos, conhecido como Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), realizado em 2010, identificou no município de Araruama duas dessas instituições, número esse, atualizado pela Divisão de Vigilância Sanitária do município, que ao final de 2016, possuía nove ILPI cadastradas. Dentre as cadastradas, apenas sete participaram do estudo conforme critérios de seleção e exclusão, sendo todas elas empresas de iniciativa privada, oferecendo um total de 165 leitos. A taxa de ocupação total era de 79,39% da capacidade ofertada. As ILPI B, C, D e F trabalhavam com taxa de ocupação acima de 80% de suas capacidades instaladas, enquanto que as ILPI A, E e G tinham taxa de ocupação que não ultrapassavam 80% da capacidade instalada. Juntas, abrigavam 29 idosos com Grau de Dependência I (22,14%), 58 idosos com Grau de Dependência II (44,27%) e 34 idosos com Grau de Dependência III (33,59%). Foi constatado presença de cuidadores em número suficiente para Grau de Dependência I nas sete instituições (100,0%), não sendo observado o mesmo para idosos com Grau de Dependência II e III. Foi detectado fisioterapeutas, assistente social e terapeuta ocupacional presentes em seis (85,71%), psicólogo em três (42,86%), nutricionista em cinco (71,43%), farmacêutico em duas (28,57%) e educador físico em uma (14,29%). Apenas quatro (42,86%) comprovaram ter Responsável Técnico. Todas as sete instituições (100,0%) eram empresas devidamente constituídas, porém apenas duas (28,6%) foram licenciadas pela Divisão de Vigilância Sanitária e somente uma (14,3%) possuía Aprovação do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro. Nenhuma ILPI possuía projeto de arquitetura aprovado pela vigilância sanitária. Mediante os resultados pode-se verificar, o nível de implementação dos requisitos, descritos de maneira objetiva no instrumento de avaliação e respondidos pelas ILPI, verificando-se que apenas a ILPI B possuía condição organizacional e de infraestrutura adequados ao funcionamento, tendo sido por esta razão avaliada como de Baixo Risco Sanitário. As instituições D, E, F e G, foram avaliadas como sendo de Médio Risco Sanitário e as ILPI A e C obtiveram a pior avaliação, tendo sido avaliadas como de Alto Risco Sanitário.

Palavras chaves: Idoso. ILPI. Vigilância Sanitária. Cuidados de longa duração ao idoso.

ABSTRACT

The phenomenon of population aging implies in several areas of society, and in a peculiar way in the area of health, in view of the aging of the population. With population aging, the elderly are experiencing great uncertainties, especially regarding the care they need. In this context, an alternative of services focused on the care of the elderly emerges, known as the Long-Term Care Facility for the Elderly (LTCF). A study by the Institute for Applied Economic Research (IPEA), carried out in 2010, identified two of these institutions in the municipality of Araruama, a number updated by the municipality's Sanitary Surveillance Division, which at the end of 2016 had nine registered LTCF. Among those registered, only seven participated in the study according to selection and exclusion criteria, all of which are private companies, offering a total of 165 beds. The total occupancy rate was 79.39% of the capacity offered. LTCF B, C, D and F worked with an occupancy rate above 80% of their installed capacity, while LTCF A, E and G had an occupancy rate that did not exceed 80% of installed capacity. Together, they housed 29 elderly people with Degree of Dependence I (22.14%), 58 elderly people with Degree of Dependence II (44.27%) and 34 elderly people with Degree of Dependence III (33.59%). Sufficient number of caregivers for Degree of Dependence I was found in the seven institutions (100.0%), the same not being observed for elderly people with Degree of Dependence II and III. Physiotherapists, social workers and occupational therapists were found in six (85.71%), psychologist in three (42.86%), nutritionist in five (71.43%), pharmacist in two (28.57%) and educator physical in one (14.29%). Only four (42.86%) proved to have a Technical Responsible. All seven institutions (100.0%) were properly constituted companies, however only two (28.6%) were licensed by the Health Surveillance Division and only one (14.3%) had approval from the Fire Department of the State of Rio of January. No LTCF had an architectural project approved by the health surveillance. Through the results, it is possible to verify the level of implementation of the requirements, described objectively in the evaluation instrument and answered by the LTCF, verifying that only the LTCF had adequate organizational and infrastructure conditions for its functioning, which was why reason assessed as Low Health Risk. Institutions D, E, F and G, were assessed as being of Medium Health Risk and LTCF A and C obtained the worst assessment, having been assessed as High Health Risk.

Keywords: Elderly. Long-Term Care Facility for the Elderly. Health Surveillance. Elderly long-term care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmides etária absolutas do Brasil e Estado do Rio de Janeiro.....	20
Figura 2 – Caracterização das ILPI em relação a natureza jurídica em Araruama	49
Figura 3 – Vagas disponíveis para idosos nas ILPI em Araruama.....	51
Figura 4 – Recursos Humanos para os cuidados diários nas ILPI em Araruama.....	54
Figura 5 – ILPI com recursos humanos de nível superior formalmente vinculados	55
Figura 6 – Respostas aos itens classificados como recomendáveis (R), do Roteiro de Inspeção.	63
Figura 7 – Respostas positivas aos Itens classificados como necessários (N), do Roteiro de Inspeção.....	64
Figura 8 - Respostas positivas aos itens classificados como imprescindíveis (I), do Roteiro de Inspeção.....	64
Figura 9 – Consolidado de pontos obtidos no instrumento de avaliação	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Participação de cada ILPI no total de leitos ocupados no Município de Araruama .	51
Tabela 2 – Indivíduos atendidos nas ILPI por Grau de Dependência, idade e distúrbios psiquiátricos.....	53
Tabela 3 – Caracterização da população institucionalizada por Grau de Dependência	53
Tabela 4 – Verificação da documentação necessária ao regular funcionamento	57
Tabela 5 – Verificação dos quesitos relacionados à saúde do idoso	59
Tabela 6 - Verificação dos quesitos relacionados a infraestrutura da ILPI.....	60
Tabela 7 – Avaliação do Risco Sanitário a partir do consolidado de pontos obtidos com os quesitos respondidos positivamente	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comissão de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais: conteúdo do Comentário Geral nº 6.....	24
Quadro 2- Indicativo do padrão de conformidade.....	46
Quadro 3 – Instrumento de Avaliação - Consolidado de Pontos por Procedimento	46
Quadro 4 - Avaliação do Risco para a Saúde do Idoso	47

LISTA DE SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVDs – Atividades da Vida Diária
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CBMERJ – Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro
CF/88 – Constituição Federal de 1988
CLT – Consolidações das Leis do Trabalho
CMI – Conselho Municipal do Idoso
CNDI – Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DESC – Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
DIVISA – Divisão de Vigilância Sanitária de Araruama
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos.
IPEA – Instituto de Pesquisas Econômica Aplicada
LTCIE - Long-Term Care Institution of the Elderly
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social
MPERJ – Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro
NBR – Norma Técnica Brasileira
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PBA – Projeto Básico de Arquitetura
PIDESC – Pacto Internacional do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PNI – Política Nacional do Idoso
PNPSI – Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa
PNSI – Política Nacional da Saúde do Idoso
RDC ANVISA – Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SEDH – Secretaria Especial de Direitos Humanos
SES – Secretaria de Estadual de Saúde

SESDEC – Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil

SUS – Sistema Único de Saúde

VISA – Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Contextualização	19
1.1.1	Envelhecimento populacional	19
1.1.2	Responsabilização do Estado	21
1.1.3	Políticas voltadas a pessoa idosa	22
1.1.4	Vigilância Sanitária como instrumento de proteção e promoção da saúde	27
1.1.5	Vigilância Sanitária no município de Araruama	29
1.2	Instituições de longa permanência para idosos (ILPI)	32
1.2.1	Regulamento técnico aplicado as ILPI	35
2	OBJETIVOS	43
2.1	Objetivo geral	43
2.2	Objetivos específicos	43
3	METODOLOGIA	44
3.1	Local do estudo	44
3.2	Delineamento do estudo	44
3.3	Amostragem, fonte de dados e variáveis	45
3.4	Tratamento dos dados	47
3.5	Aspectos éticos	47
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
4.1	Caracterização da População idosa e das ILPI	49
4.2	Grau de Dependência e Mão de Obra	52
4.3	Documentação e licenciamento	57
4.4	Cuidados com a Saúde dos Idosos	58
4.5	Condições de Infraestrutura	60
4.6	Avaliação das Respostas aos Itens R, N e I do Roteiro de Inspeção	63
4.7	Avaliação do Risco Sanitário	66
5	CONCLUSÃO	69
6	PRODUTO TECNOLÓGICO	71
	REFERENCIAS	72
	ANEXO 1 – ROTEIRO DE INSPEÇÃO DA DIVISA	80
	ANEXO 2 – ROTEIRO DE INSPEÇÃO PROPOSTO PELA PROFESSORA MAIKA ARNO ROEDER DA SES/SC	90

APÊNDICE – PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP/FIOCRUZ.....	104
---	------------

1 INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira vivencia nas últimas décadas um processo de grandes mudanças sociais, culturais e econômicas e junto a esse processo, a mudança do nosso perfil demográfico tem representado um grande desafio para a população, sociedade civil organizada e poder público (GORDILHO *et al.*, 2000).

O fenômeno de mudança demográfica pelo qual o Brasil vem passando nos últimos anos, implica em várias áreas da sociedade brasileira, e de forma particular na área da saúde, face a mudanças relevantes no perfil epidemiológico das doenças que antes tinham nas infectocontagiosas as de maior importância para a saúde, ao passo que nos dias atuais as doenças crônicas típicas do envelhecimento surgem de forma impactante do ponto de vista social e econômico (LIMA E COSTA *et al.*, 2000).

Nesse panorama de envelhecimento da população e de profundas mudanças sociais, inclusive com uma configuração diversificada dos arranjos familiares, a população de longevos se encontra experimentando grandes incertezas, em especial quanto aos cuidados de que necessitam.

Embora, tradicionalmente os cuidados para com os idosos fiquem sob a responsabilidade de suas famílias, inclusive com previsão legal na Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, conhecida como o Estatuto do Idoso, os novos arranjos familiares muitas vezes não permitem que o idoso tenha a assistência de forma integral no seu lar parental. Tal fato ocorre por ausência de pessoa com tempo disponível para os cuidados básicos no seio familiar, ou por não ter na família pessoa com competências e habilidades específicas para o cuidado do longevo com algum grau de dependência física ou cognitiva (CAMARANO *et al.*, 2010).

Diante desse panorama, e em função de uma demanda crescente da população idosa, emerge uma alternativa de serviços voltados aos cuidados dos longevos, oferecidos em espaços outrora conhecidos como “asilos” e hoje denominados como Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), nomenclatura proposta pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) (PINTO; SIMSON, 2012).

Em países desenvolvidos, a institucionalização de idosos em residência de longa permanência é algo usual, tendo seus serviços monitorados pela sociedade em que está inserida e com questionamentos constantes, mesmo possuindo níveis de conforto e segurança considerados elevados. Por outro lado, no Brasil, a utilização dessas instituições como

residência para nossos idosos ainda não é algo muito comum, o que propicia a falta de padronização nos serviços ofertados pelas ILPI (GORDILHO *et al.*, 2000).

Isso se revela um problema importante, uma vez que o envelhecimento ativo da população pode impulsionar aumento do número de ILPI, ofertando serviços sem que as autoridades sanitárias e a população conheçam efetivamente como os mesmos são prestados (CAMARANO; KANSO, 2010).

Um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), no Estado do Rio de Janeiro, mostrou essa tendência ao identificar 290 ILPI, que cobriam cerca de 60% dos 92 municípios, e apontando que os municípios do Rio de Janeiro e de Niterói abrigavam o maior número de ILPI, 157 e 21 instituições, respectivamente. Nesse mesmo estudo, foi descrito que o município de Araruama abrigava 2 (duas) ILPI (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2010).

Esses dados observados em 2010 confirmam que a regulação das ILPI, bem como a fiscalização adequada dos espaços físicos e dos serviços prestados são imprescindíveis, uma vez que impactam diretamente na qualidade de vida dos longevos, interferindo diretamente no processo saúde-doença dos idosos (CAMARANO, 2010).

Anteriormente ao estudo do IPEIA, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, editou a Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n° 283, de 26 de setembro de 2005 – RDC ANVISA n° 283/2005 (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

Embora a norma tenha sido editada em 2005, as ações de fiscalização das ILPI por parte da maioria dos municípios do Estado do Rio de Janeiro se iniciou apenas a partir de 2014, após mais uma etapa no processo de descentralização das ações de vigilância sanitária (VISA), promovido pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, que publicou a Resolução SES n° 1058, de 06 de novembro de 2014, transferindo para os municípios a responsabilidade de inspecionar as ILPI. A partir de então, o município de Araruama passou a executar as ações de VISA nas ILPI, cadastrando, inicialmente, três instituições, cujas inspeções foram efetuadas por provocação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPERJ), tendo sido verificado pela Divisão de Vigilância Sanitária de Araruama (DIVISA), que as três ILPI não detinham licenciamento sanitário anterior (ARARUAMA, 2015).

Após nova ação executada, no final de 2016, a equipe da DIVISA identificou outras seis instituições prestando serviços de cuidados a, aproximadamente, 160 idosos entre homens e mulheres, sem que estivessem inscritas no Conselho Municipal do Idoso (CMI). Dentre as

instituições cadastradas nessas ações, apenas uma possuía profissionais de saúde com formação de nível superior, formalmente vinculados a instituição, de forma a prover assistência adequada aos idosos. Todas possuíam em suas equipes, técnicos em enfermagem e cuidadores de idosos, entretanto, apenas duas apresentavam profissionais em número satisfatório e com vínculo formal. Os espaços físicos não se apresentavam adequadamente construídos ou adaptados, não possuindo o devido licenciamento sanitário e o certificado de aprovação do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ) (ARARUAMA, 2016).

Esse achado sugere que, inspeções por parte do poder público para verificar de forma sistemática e regular os espaços e serviços prestados pelas ILPI, são cruciais para a proteção dos longevos assistidos pelas instituições. Nesse sentido, a RDC ANVISA nº 283/2005 tem se mostrado instrumento de grande importância para as ações de VISA ao nortear a verificação dos espaços, serviços ofertados e procedimentos adotados. Todavia, as ILPI demonstram grande dificuldade em cumprir com o regulamento técnico da ANVISA, sobretudo no que diz respeito aos aspectos de infraestrutura física e organizacional (COSTA, 2009).

Outro ponto de grande relevância diz respeito aos indicadores de saúde propostos pela RDC ANVISA nº 283/2005, que podem ser insuficientes para traduzir o quadro geral de saúde dos idosos institucionalizados, uma vez que não é previsto na norma da ANVISA, indicador para as doenças respiratórias. Um trabalho publicado, em 2007, em Botucatu, Estado de São Paulo, corrobora com essa suspeita, ao demonstrar que 50% das infecções que acometeram longevos institucionalizados, foram detectadas no trato respiratório (VILLAS BÔAS; FERREIRA, 2007).

Todavia, os idosos estão sujeitos a outras doenças respiratórias que não se encerra nas infecções bacterianas ou virais, conforme demonstrado em trabalho de revisão elaborado em Portugal, que descreve a asma e a rinite como patologias com prevalência crescente e que agravam a condição de saúde dos idosos, especialmente quando associada a comorbidades (CRUZ *et al.*, 2018).

Outro trabalho, sobre as causas de internação em pacientes com idade igual ou superior a 60 anos de idade em Goiânia, Estado de Goiás, demonstrou que num universo de 186.202 indivíduos, as doenças do aparelho respiratório foram identificadas em 22.173 idosos (11,90%), figurando como uma dentre três patologias mais prevalentes (TEIXEIRA, 2017). Dados obtidos no plano municipal de saúde para os anos de 2014 a 2017, mostram que a realidade no município de Araruama é preocupante, ao revelar que as doenças do aparelho

respiratório causadas por pneumonias representaram 22,41% dos casos de internação em levantamento feito pela SES do Estado do Rio de Janeiro (ARARUAMA, 2013).

Esses dados revelam que a despeito de outros fatores de risco para doenças do trato respiratório, ser idoso e viver em ILPI sem as condições de higiene adequadas, favorecem o surgimento de problemas respiratórios importantes nesse grupo populacional (ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE TÓRAX, 2017). Por outro lado, os números reforçam a ideia de que indicadores para doenças respiratórias poderiam ser ferramentas de grande importância no monitoramento do nível de saúde dos longevos institucionalizados, que ao receberem atendimento simplista, ficam mais suscetíveis à maior recorrência de atendimentos ambulatoriais e de emergência (TEIXEIRA, 2017).

Com o presente cenário de crescimento da população idosa e o aumento das ILPI, faz-se necessário que as VISA possam se valer de uma norma que seja amplamente aplicável como instrumento para avaliação dos espaços físicos, serviços ofertados, e procedimentos adotados, e que proponha indicadores de saúde adequados para o monitoramento da qualidade dos serviços. Assim, o problema que se coloca gira em torno das seguintes questões: como são ofertados os serviços pelas ILPI? Quais as principais dificuldades encontradas na aplicação da RDC ANVISA n° 283/2005? Os indicadores de saúde propostos pela RDC ANVISA n° 283/2005 são suficientes para aferir a qualidade dos serviços ofertados?

Estas questões perpassam por este trabalho, uma vez que se pretende entender como as condições sanitárias dos serviços prestados nas ILPI interferem na qualidade de vida dos longevos atendidos e de que forma a verificação sistemática por parte das equipes de VISA, por meio de instrumento adequado, pode promover juntamente com a família e as ILPI, o bem-estar dos longevos.

Sabendo que o assunto é de enorme relevância e da necessidade de fortalecer e subsidiar os serviços prestados pelas ILPI, bem como as ações de VISA, este trabalho se propõe a avaliar a organização e o funcionamento das ILPI no município de Araruama que foram objeto de fiscalização sanitária pela DIVISA, verificando o serviço prestado ao idoso, as condições estruturais das ILPI, se as mesmas possuem recursos humanos suficientes e capacitados para atender a demanda existente e, por fim, a aplicabilidade da norma da ANVISA.

Tal avaliação teve como pressuposto, que condições sanitárias adequadas diminuem o risco para agravos à saúde dos idosos, que a Resolução RDC ANVISA n° 283/2005 é o instrumento adequado e com indicadores satisfatórios para avaliar a qualidade dos serviços e

dos ambientes ofertadas pelas ILPI, sendo amplamente aplicável a todas as instituições, independentemente de sua natureza ser pública, filantrópica ou privada

1.1 Contextualização

1.1.1 Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional é um tema que vem sendo muito discutido nos centros acadêmicos, em especial nos espaços do saber, que abordam as ciências humanas e da saúde, não obstante, esses indivíduos requerem cuidados de longa duração que devem ser discutidos e garantidos por meio de políticas públicas estatuídas pelos órgãos competentes em articulação com a produção científica acerca do envelhecimento.

Ao efetuar uma reflexão sobre a velhice, Guimarães (2007) afirma que:

“[...] todos os indivíduos têm e mantêm, durante toda a sua vida, os mesmos direitos e os mesmos deveres civis e políticos, todavia, a realidade enfrentada pelo idoso em nossa sociedade é bem diferente da que nos é apresentada pelos estatutos propostos por economistas e legisladores [...] (GUIMARÃES, 2007, p. 11).

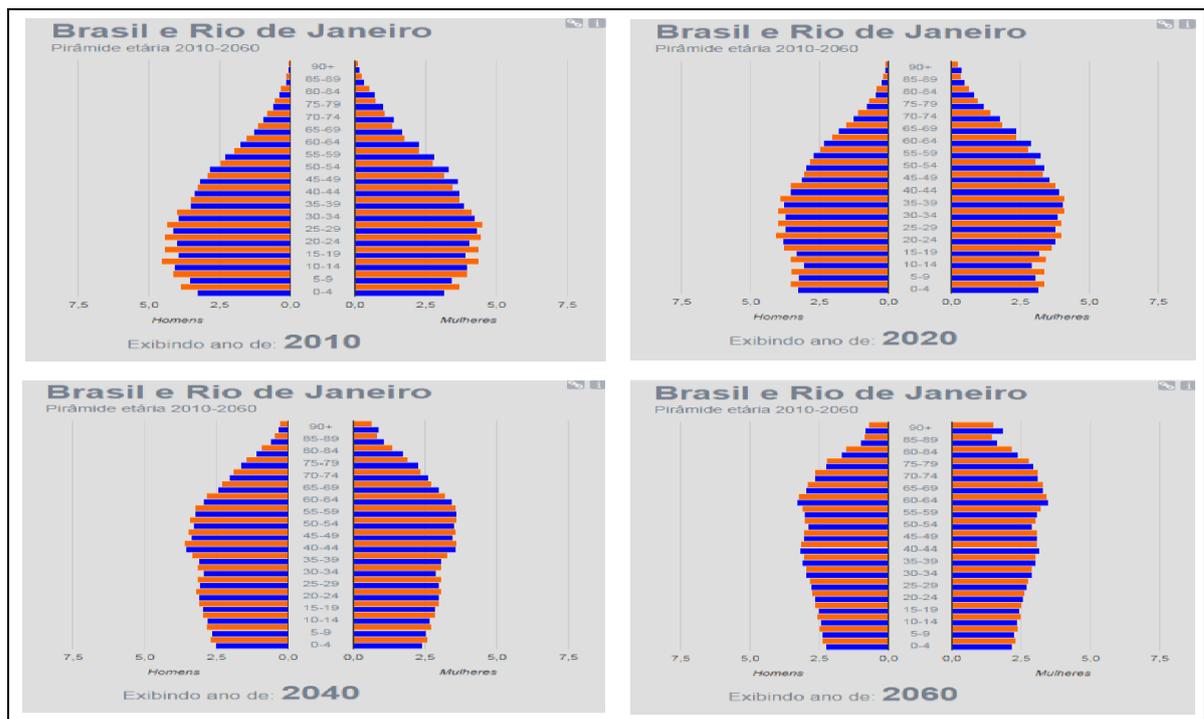
De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o envelhecimento populacional, dentre outros fenômenos demográficos, se mostra como sendo o de maior importância para comunidade internacional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). Acompanhando essa tendência mundial, a população brasileira vem envelhecendo com o passar dos anos, o que pode ser considerado reflexo de uma melhora nas condições de vida dos indivíduos, proporcionadas por campanhas de prevenção a enfermidades, vacinação, melhora na alimentação, práticas de atividades físicas, diminuição nas taxas de tabagismo, além de outros fatores (CAMARANO, 2004).

A Organização das Nações Unidas (ONU) e a OMS, definem como pessoas idosos os indivíduos com mais de 65 anos, quando estes residem em países desenvolvidos, entretanto, o conceito de idoso para os indivíduos residentes em países em desenvolvimento, como o Brasil, se aplica aos indivíduos com 60 anos ou mais (CAMARANO, 2004). Considerada como conquista, o aumento da expectativa de vida da população fez surgir questões e demandas até então pouco pensadas pela sociedade, tais como: moradia, previdência, trabalho, renda, saúde e assistência de longa duração aos idosos. Houve igualmente implicações importantes para as famílias, pois numa primeira análise cabe a estas a

responsabilidade de acolher os idosos e prover os cuidados de longa duração necessários (BRASIL, 2003).

O aumento das demandas de produtos e serviços direcionados aos idosos era algo previsto em estudos populacionais. Essa afirmação se confirma ao observarmos a projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sobre o envelhecimento no Brasil, que fez previsão de um envelhecimento ativo da população brasileira, como pode ser observado na comparação das pirâmides etárias para os anos de 2010, 2020, 2040 e 2060 (Figura 1) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

Figura 1 – Pirâmides etária absolutas do Brasil e Estado do Rio de Janeiro



Fonte: (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

Recentemente a Agência de Notícias do IBGE divulgou que a parcela de brasileiros idosos cresceu 18% nos últimos cinco anos, ultrapassando trinta milhões de indivíduos em 2017. Esse crescimento foi notado em todas as unidades da Federação, porém, em dois estados, sendo um deles o Estado do Rio de Janeiro, o envelhecimento populacional foi maior, e hoje os idosos representam 18,6% de sua população total. Essa tendência já havia sido demonstrada no Censo de 2010 e, em Araruama, os idosos representavam 13,77% da população total do município (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018). Notari (2011, p. 273), afirma que: [...] a maior expectativa de vida, assim, é positiva para as sociedades, mas também é fonte de novos desafios [...].

Os dados do IBGE, apontam que em 2060 teremos uma população de idosos da ordem de 26,7%, com expectativa média de vida aumentando dos atuais 75 anos para 81 anos (PONTES, 2019). Essa previsão de crescimento da população de idosos deve ser levada em consideração ao se definir políticas públicas de vigilância sanitária, na medida em que, deixa patente o impacto econômico e social, e por se tratar de um grupo populacional vulnerável.

Nesse cenário de mudanças do padrão populacional do Brasil, que indica o contínuo crescimento no número de idosos, cresce, igualmente, os problemas relacionados aos cuidados que esse grupo de indivíduos necessitam. Camarano e Kanso (2010, p. 233), afirmam que “[...] a certeza do crescimento desse segmento populacional está sendo acompanhada pela incerteza das condições de cuidados que experimentarão os longevos”.

1.1.2 Responsabilização do Estado

Na sociedade atual, onde a globalização é uma realidade, várias agendas são discutidas entre governos e os diversos atores sociais, de maneira particular, questões ligadas à Saúde Pública. Nesse contexto, permeia o princípio de responsabilização do Estado, que busca tornar o homem prudente, sancionando o comportamento contrário àquele que deveria e poderia ser previsto (DALLARI; VENTURA, 2002).

Com efeito, o princípio da responsabilidade era um excelente marco regulador, entretanto, frente à dúvidas ou à incerteza sobre determinados assuntos, perdia sua efetividade e, por isso, foi sendo substituído pelo princípio da solidariedade, que nos traz a ideia de que todas as pessoas têm responsabilidade pelas carências de qualquer indivíduo ou grupo social (DALLARI; VENTURA, 2002).

De acordo com Dallari e Ventura (2002):

[...] A responsabilidade permanecia em ação no que respeitava ao comportamento imprudente, mas a solidariedade garantia a indenização nos casos em que – embora se tenha tomado todas as precauções para evitá-los – os acidentes aconteciam [...] (DALLARI; VENTURA, 2002, p. 5).

A sociedade organizou-se de forma a repartir riscos considerados continuamente sociais, chamando de responsável àquele que ela considerava justo suportar o prejuízo pecuniário, fosse ele o autor ou a vítima. Sendo o autor dos prejuízos, o Estado, deveria reparar os danos causados aos indivíduos administrativamente, logo que o ente estatal

reconheça sua responsabilidade, cumprindo assim o papel de Estado de bem-estar social¹ muito difundido em meados do Século XX (DALLARI; VENTURA, 2002).

O Estado de Bem-Estar Social se encontra calcada na ideia de uma ciência capaz de controlar melhor os riscos, entretanto, a própria evolução científica somada aos efeitos da globalização, vem aumentando os riscos imprevisíveis. Por esta razão, a ideia de responsabilidade pública é política, pois se percebe que não é possível ao homem tudo saber e prever, logo, a responsabilidade deve ser definida, considerando as condições necessárias da experiência social comum. (DALLARI; VENTURA, 2002).

Entende-se que a situação de desequilíbrio na vida social pode ser provocada tanto por ação quanto por omissão de particulares e de autoridades públicas, sejam elas, administrativas, legislativas ou judiciárias. As constituições contemporâneas preveem mecanismo de responsabilização das pessoas físicas e jurídicas de direito público e privado, todavia, a tradição constitucional revela que é mais fácil a aceitação da responsabilidade do Estado e de sua administração, pois se observa de forma mais restrita, a responsabilidade dos órgãos estatais, à medida que sua função perante a sociedade é mais elevada (LAFERRIÈRE, 1896).

Em países de regime governamental republicano, onde todos os órgãos de poder e todo o povo estão vinculados ao Estado de Direito, todos são responsáveis, isto é, todos podem ser chamados aos tribunais para cumprirem suas obrigações, que no caso do Estado são os deveres previstos na Constituição. No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), conhecida como Constituição Cidadã, o Estado Brasileiro passou a ser o principal responsável por promover saúde como um direito social, assumindo para si o dever de garanti-la à sua população (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

1.1.3 Políticas voltadas a pessoa idosa

Os longevos, que atualmente compõe importante parcela da sociedade mundial, se encontram naturalmente integrados a ela e, por razões lógicas, é imperioso que esta mesma sociedade cumpra com o papel de proteção desse grupo de indivíduos. Norteados pela necessidade de dar uma resposta objetiva a essa população crescente, a ONU, por ocasião de sua Assembleia Geral, realizada em 1973, atentou para a necessidade de garantir os direitos

¹ Segundo Gomes (2013), o Estado do Bem-Estar social é uma organização ou um sistema político e econômico que vê o Estado como protetor e defensor social e organizador da economia. Nesse modelo, diferente do Estado mínimo defendido pelo neoliberalismo, ele é o regulador de toda vida e saúde social, política e econômica do país, fazendo isso em parceria com os demais atores sociais. (GOMES, 2013).

das pessoas idosas. Todavia, apenas em 1982, a ONU elaborou um documento para nortear políticas voltadas para a população de longevos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003).

Em Viena, no ano de 1982, foi realizada a 1ª Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, onde se aprovou o Plano Internacional de Viena sobre o Envelhecimento²; e, por ocasião da 68ª Sessão Plenária das Nações Unidas, em 14 de dezembro de 1990, foi designada a data de 1º de outubro como o Dia Internacional das Pessoas Idosas, data comemorativa que no Brasil foi adotada apenas em 2006, com a publicação da Lei 11.433. Em 1991, a ONU editou a Resolução nº 46³, instituindo os princípios dessa Organização em favor das pessoas idosas, os quais são: independência, participação, assistência, auto realização e dignidade, que devem ser assegurados às pessoas idosas para que estas realmente possam ter um envelhecimento ativo e digno.

A garantia dos direitos da pessoa idosa não se dá somente com a instituição de tratados e legislações, mas sobretudo com a reafirmação dos mesmos pela sociedade e pelos organismos responsáveis por estas políticas. Nesse sentido, o Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (DESC)⁴, supervisiona e interpreta os acordos firmados pelos países signatários do Pacto Internacional de Direitos Econômicos e Sociais (PIDESC)⁵ (HUENCHUAN, 2013).

No ano de 1999, o DESC estabeleceu que, os estados participantes do Pacto do DESC deveriam dispensar especial atenção ao fomento e à proteção das pessoas idosas no que tange: à igualdade de direitos entre homens e mulheres, do direito ao trabalho, à previdência social, à proteção da família, a um nível de vida adequado, à saúde física e mental, à educação e à cultura (Quadro 1), em que a normativa estabelecida pelo Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (coluna da esquerda) é desdobrada em obrigações correspondentes (coluna da direita).

² Relatório da Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, Viena, 26 de julho a 6 de agosto de 1982, (Publicación de las Naciones Unidas, Nº de venta: S.8.82.I.16).

³ Resolução 46/91 da Assembléia Geral das Nações Unidas, de 16 de dezembro de 1991, sobre a implementação do Plano de Ação Internacional de Viena sobre envelhecimento e atividades correlatas, anexo

⁴ O Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais foi instituído em 1985 pelo Conselho Econômico e Social (ECOSOC) das Nações Unidas a fim de controlar a aplicação, pelos Estados Partes, das disposições do Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos.

⁵ O pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, foi adotado pela Resolução nº 2.200-A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966 e ratificada pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992.

Quadro 1 - Comissão de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais: conteúdo do Comentário Geral nº 6

Artigo do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC)	Interpretação da Comissão de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC)
Direitos iguais para homens e mulheres (artigo 3) Os Estados Partes devem prestar atenção especial às mulheres idosas e criar subsídios não contributivos ou outra assistência para todas as pessoas idosas que, independentemente de seu gênero, carecem de recursos . Direito ao trabalho (artigos 6, 7 e 8)	Os Estados Partes devem adotar medidas que evitem a discriminação com base na idade no emprego e na profissão; que garantem condições seguras de trabalho até a aposentadoria e que ofereçam aos trabalhadores idosos empregos que lhes permitam utilizar melhor sua experiência e conhecimento, além de lançar programas preparatórios de aposentadoria.
Direito à seguridade social (artigo 9)	Os Estados Partes devem estabelecer regimes gerais para o seguro obrigatório de velhice; estabelecer uma idade de aposentadoria flexível; fornecer subsídios de velhice não contributivos e outra assistência a todas as pessoas que, tendo atingido a idade estabelecida na legislação nacional e sem renda, não tenham completado o período de qualificação fiscal e não tenham acesso a uma pensão de velhice ou outro tipo de benefício seguridade social ou ajuda
Direito de proteção da família (artigo 10)	Governos e organizações não-governamentais devem criar serviços sociais para apoiar a família quando houver idosos em casa e aplicar medidas especiais para famílias de baixa renda que desejam manter os idosos no meio.
Direito a um padrão de vida adequado (artigo 11)	Os idosos devem ser capazes de atender às suas necessidades básicas de alimentação, renda, assistência e auto-suficiência, entre outros. Também devem ser desenvolvidas políticas que favoreçam a permanência em suas casas através da melhoria e adaptação de suas casas.
Direito à saúde física e mental (artigo 12)	Facilitar o acesso a intervenções de saúde destinadas a manter a saúde na terceira idade, com uma perspectiva do ciclo de vida.
Direito à educação e cultura (artigo 13)	Deve ser abordada sob dois ângulos diferentes e ao mesmo tempo complementares: i) o direito do idoso de usufruir de programas educacionais; e ii) a possibilidade de disponibilizar seus conhecimentos e experiências para as gerações mais jovens.

Fonte: (Do autor adaptado de HUENCHUAN, 2013, p. 25).

Em 2007, foi realizada a II Conferência Intergovernamental sobre o Envelhecimento na América Latina e Caribe, tendo sido adotado a Declaração de Brasília, onde os países participantes reafirmaram compromisso de não pouparem esforços para promover e proteger os direitos humanos e as liberdades fundamentais de todas as pessoas idosas (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2008).

Tais avanços indicavam a promoção do fortalecimento das instâncias de controle democrático, os Conselhos de Direito, por meio das seguintes ações: realização da I Conferência Nacional dos Diretos da Pessoa Idosa; elaboração do Plano de Ação para o

Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa; promoção de audiências públicas sobre as Instituições de Longa Permanência para Idosos; realização de cursos e oficinas de capacitação de conselheiros; promoção de cursos de capacitação de recursos humanos para profissionais que lidam com a população idosa; estímulo à integração e à articulação dos Conselhos de Defesa da Pessoa Idosa nos três níveis de governo, federal, estadual, distrital e municipal, com a participação da sociedade civil. Foi também mencionado que o governo se empenhou em atribuir caráter deliberativo a todos os conselhos de direitos e em instruir os conselheiros quanto à importância de seu papel e de sua participação na atividade de controle democrático (COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE, 2007).

Cumprindo o papel que lhe cabia, o governo brasileiro, sancionou a Lei nº 10.741/2003, conhecido como Estatuto do Idoso; por meio da Lei nº 11.433/2006, instituiu 1º de outubro como o dia nacional do idoso; regulamentou com o Decreto nº 5.296/2004, as Leis números 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida; publicou o Decreto nº 5.934/2006, regulamentando o artigo 40 do Estatuto do Idoso, referente à utilização dos transportes coletivos interestaduais para idosos com renda de até dois salários mínimos; publicou a Portaria nº 5.228/2006, aprovando assim a Política de Saúde para Pessoa Idosa e a Portaria nº 2.529/2006, que instituiu a internação domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Em 2006, foi firmado convênio entre a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), para realização de pesquisa nacional sobre as "Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI", resultando em publicação na qual constam os números de ILPI no Brasil, suas condições e as dos usuários.

O arcabouço legal construído no Brasil com a finalidade de proteção dos longevos de nossa sociedade tem como marco inicial a CF/88, que em seu artigo primeiro, inciso III, traz como fundamento a dignidade da pessoa humana. Mais adiante em seu artigo terceiro, inciso IV determina que um dos objetivos do estado brasileiro, é o de promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

A Carta Magna Brasileira avançou para além das linhas gerais descritas nos artigos primeiro e terceiro, sendo estabelecido em seu artigo 229 que, cabe também aos filhos maiores o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade e, em seu

artigo 230, afirmando que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 1988).

A CF/88 abriu o precedente necessário para a construção do arcabouço legal em defesa dos idosos, entretanto, somente em 1994 foi instituída a primeira política voltada para os idosos, conhecida como Política Nacional do Idoso (PNI), ou Lei nº 8842, de 04 de janeiro de 1994. A PNI veio garantir a cidadania aos longevos por meio de autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (CIELO; VAZ, 2009).

Em substituição a PNI, foi editado a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), baixada como Portaria nº 1395, de 10 de dezembro de 1999. Com objetivo de regular os direitos assegurados aos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos e garantir o acesso à atenção à saúde em conformidade com os preceitos da integralidade e equidade, o Estado brasileiro aprova a Lei nº 10741 de 01 de outubro de 2003, conhecido como Estatuto do Idoso e a Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006, conhecida como Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI, em substituição a PNSI (PIUVEZAM *et al.*, 2016).

Em consonância com a CF/88, o Estatuto do Idoso, em seu artigo segundo, garante ao idoso todos os direitos fundamentais à pessoa humana, lhe assegurando as devidas oportunidades e facilidades para a preservação de sua saúde física e mental, ao passo que em seu artigo terceiro, afirma que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso os direitos fundamentais (BRASIL, 2003).

No âmbito da saúde, o Pacto pela Vida, firmou os compromissos prioritários que devem ser observados e implantados pelas três esferas de gestão do SUS, objetivando garantir o alcance das metas pactuadas pelos entes federativos nas comissões de saúde, estando entre as prioridades, a atenção à saúde do idoso (BRASIL, 2006).

Considerando que as ações de VISA compõem uma das principais estratégias para que as metas estabelecidas no Pacto pela Vida sejam alcançadas, a ANVISA⁶, órgão integrante do SUS, buscando atender aos preceitos da CF/88, edita a RDC ANVISA nº 283/2005, definindo normas técnicas mínimas para o funcionamento para as ILPI (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

⁶ Criada pela Lei nº 9.782 de 26 de janeiro de 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), é o órgão responsável pelo controle sanitário de produtos e serviços, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados. Exerce, ainda, o controle de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados instalados em zonas primárias e secundárias, e atua nas questões internacionais relacionadas à vigilância sanitária.

A literatura nos mostra que o arcabouço legal para os cuidados e proteção a pessoa idosa no Brasil, é bem estruturada e avançada, atendendo aos diplomas e acordos internacionais voltados a essa parcela da população, entretanto, ao avaliar o relatório emitido pela Comissão dos Direitos Humanos da Câmara dos Deputados em 2002, intitulado *V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma Amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil*, Camarano (2004, p. 284) afirma que: [...] a prática tem se mostrado pouco satisfatória [...].

1.1.4 Vigilância Sanitária como instrumento de proteção e promoção da saúde

O termo saúde, do Latim *salus*, traz o significado de salvação, conservação da vida, cura ou bem-estar. Luz (2009), define o termo “saúde” da seguinte forma:

[...] Em seu plural de origem idiomática, o termo ‘saúde’ designa, portanto, uma afirmação positiva da vida e um modo de existir harmônico, não incluindo em seu horizonte o universo da doença. Pode-se dizer, deste ponto de vista, que ‘saúde’ é, em sua origem etimológica, um ‘estado positivo do viver’, aplicável a todos os seres vivos e com mais especificidade à espécie humana [...] (LUZ, 2009).

Segundo a OMS, saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades. A compreensão do conceito de saúde é necessária para permitir o nosso entendimento quanto ao conceito ampliado de saúde, no qual o SUS está inserido.

No Brasil, o conceito de saúde foi expresso como um direito do cidadão na CF/88, sendo traduzida numa perspectiva política, econômica e social. Isso fica bem estabelecido na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 – Lei nº 8080/90, que traz no seu artigo terceiro a definição de saúde em consonância com o que foi expresso na CF/88.

[...] Artigo 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.[...] (BRASIL, 1990).

A exemplo das demais atividades de saúde e de interesse à saúde, o funcionamento de uma ILPI apresenta uma característica que é conhecido como risco sanitário⁷, podendo interferir de forma significativa nas condições de saúde do idoso. O risco a que os usuários dessas instituições estão submetidos é classificado como sendo de alto risco sanitário pela ANVISA (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017).

O bom gerenciamento do risco sanitário é fato preponderante para minimizar a possibilidade de agravos à saúde do idoso, dado a condição de fragilidade que o mesmo possa se encontrar. A institucionalização por si só é fator para condições patológicas, como a depressão por exemplo, além de expor o idoso a diversos riscos relacionados com a infraestrutura física e organizacional, contribuindo assim para diminuir a percepção de saúde do indivíduo (NÓBREGA *et al.*, 2015).

A forma de pensar e de tratar os efeitos sobre a saúde humana, relacionados a produtos, serviços, tecnologias e intervenções de diversas naturezas no meio ambiente, se denominou vigilância sanitária, conceito que evoluiu e foi se modificando no Brasil, acompanhando uma tendência internacional, em especial, após a reforma sanitária brasileira (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Reconhecidamente, as condições de saúde estão vinculadas às políticas sociais e econômicas implementadas e o acesso às ações e serviços destinados à sua recuperação, proteção e promoção, evidenciando nesse aspecto algumas das atribuições da vigilância sanitária, bem como a amplitude de sua responsabilidade e sua limitação dentro do SUS. Todavia, o enfrentamento dessas questões não é de competência exclusiva da VISA, assim como nem todas as ações de interesse para a saúde podem ser encontradas na esfera de atuação do setor saúde (MENICUCCI, 2014).

A Lei nº 8080/90⁸, em seu artigo sexto, parágrafo primeiro, incisos I e II, nos traz a definição legal de VISA, onde fica evidente sua natureza essencialmente preventiva (BRASIL, 1990).

[...] §1º - Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde abrangendo:

I - Controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, compreendendo todas as etapas e processos, da produção ao consumo;

II - O consumo da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde [...] (BRASIL, 1990, p. 24).

⁷ A ANVISA define que, risco sanitário é a propriedade que tem uma atividade, serviço ou substância, de produzir efeitos nocivos ou prejudiciais à saúde humana.

⁸ Lei Orgânica que institui o Sistema Único de Saúde.

As ações de vigilância em saúde devem responder de forma mais imediata possível ao clamor social por proteção da saúde da população, por meio dos instrumentos próprios como a coleta de dados, fomentando assim as ações de VISA (SILVA; PELICIONI, 2013).

A VISA é um subsistema do SUS que, ao atuar de forma competente e oportuna, possui os mecanismos de proteção e de prevenção adequados para promover a qualidade de vida da população, verificando se os serviços e produtos oferecidos se encontram dentro das especificações mínimas estabelecidas pelos regulamentos técnicos da ANVISA e, verificando, ainda, se os mesmos cumprem com as demais legislações em vigor (SILVA; COSTA; LUCCHESI, 2018).

Este subsistema é o dispositivo que deve ser aparelhado para que possa garantir a segurança dos alimentos, regular a influência da propriedade industrial no mercado nacional de medicamentos, regular e controlar a produção dos produtos para a saúde, assegurar a eficácia e a segurança dos medicamentos, fiscalizar os serviços de saúde, gerir ações na fronteira visando coibir a disseminação internacional de doenças e outros danos à saúde, controlar a comercialização dos produtos transgênicos destinados ao consumo humano e dos demais produtos de interesse à saúde (SILVA; COSTA; LUCCHESI, 2018).

O papel da VISA na proteção à saúde da população deve ser exercido de forma que possa haver interlocução com outros atores do SUS e demais órgãos de gestão, com o intuito de analisar dados colhidos, tomar as medidas necessárias e devolver à sociedade, os resultados das ações destinadas à melhoria da qualidade de vida da sua população, em especial, nas ações voltadas para a proteção da população de longevos (FERREIRA *et al.*, 2016).

1.1.5 Vigilância Sanitária no município de Araruama

Com a promulgação da CF/88, as políticas de atenção à saúde no Brasil têm sido discutidas e propostas, a partir da premissa constitucional de que, a saúde da população é um direito de todos, devendo ser universal, e que deve ser garantida pelo Estado de forma equitativa. Nesse sentido a CF/88 prevê no capítulo da Seguridade Social, a criação de um sistema de saúde público, gratuito e único, para todo o território nacional.

Ao inserir a Saúde no capítulo da Seguridade Social, os constituintes acenaram de forma positiva para as mudanças propostas pelo movimento de Reforma Sanitária Brasileira⁹, visando à melhoria da situação de saúde e as condições de vida da população (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Considerando que em seu cerne, a Reforma Sanitária tem como horizonte uma mudança drástica no modo de vida de nossa sociedade, a CF/88 estabeleceu que a Saúde, vista agora como um bem social, seria pautada nos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, universalidade, descentralização e participação comunitária (GUIMARÃES; ANGULO-TUESTA, 2004).

Para alcançar os princípios e diretrizes expressas no texto constitucional, foi definido que as ações e os serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Estado regulamentar, fiscalizar e promover a fiscalização (BRASIL, 1988). Nesse sentido, estabeleceu-se que as ações e serviços públicos direcionados à saúde, integrariam uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo assim o SUS, que é formado pela União, Estados, municípios e o Distrito Federal e têm direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

A Constituição e a Lei orgânica do SUS definiram os municípios, como responsáveis pelas ações de saúde em seus respectivos territórios, entretanto, era necessário que as ações e serviços fossem repassados aos entes municipais, por meio de um processo de descentralização. Para efetivar esse processo foram criadas as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB), que ao pactuar as ações, definem os serviços e as metas a serem alcançadas pelos entes federados (BRASIL, 2015).

O processo de descentralização das ações de VISA se deu inicialmente apenas com o repasse de recursos financeiros estabelecido nas Normas Operacionais Básicas do SUS (BRASIL, 2015). Entretanto, esse processo inicial não foi suficiente para alcançar os objetivos da descentralização, como pode ser observado na afirmativa de Covem (2010), ao nos falar que:

[...] A descentralização das ações de vigilância sanitária se deu de forma incompleta, ao se observar que mesmo os municípios de grande porte e as capitais nem sempre executavam todo o conjunto de ações sob sua responsabilidade, embora com secretarias de saúde estruturadas e que receberam maior aporte de recursos

⁹ "(...) A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado." (AROUCA, 1998).

financeiros, em razão de terem assumido a gestão plena do sistema de saúde a partir de 1998 [...] (COVEM, 2010, p. 3325).

A criação da ANVISA, em 1999, permitiu que os recursos arrecadados na esfera federal fossem repassados aos estados e municípios, que agora contam com recursos próprios para o financiamento das ações. A descentralização que, inicialmente, se pautou apenas no repasse financeiro, agora se encontra organizada dentro do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), que busca alcançar as metas que foram pactuadas nas CIT e CIB (COVEM, 2010).

No Estado do Rio de Janeiro, o processo de descentralização das ações de Vigilância Sanitária para os municípios teve início em 1990, com a publicação da Resolução SES nº 562, de 26 de março de 1990, que dispôs sobre o controle sanitário sobre alimentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e o controle sanitário das construções em geral pelas secretarias municipais de saúde (RIO DE JANEIRO, 1990). Com a Resolução SES nº 1262 de 08 de dezembro de 1998, delegou aos municípios as ações de baixa complexidade relacionadas ao comércio de produtos e serviços de interesse à saúde, contudo, a grande maioria dos municípios, inclusive Araruama, vinham executando ações essencialmente relacionadas ao comércio de gêneros alimentícios, mantendo para isso equipe formada por médicos veterinários e fiscais de nível médio (RIO DE JANEIRO, 1998).

Avançando no processo de descentralização, o Estado publica a Resolução SESDEC nº 1335, de 13 de agosto de 2010, aprovando os parâmetros para a estruturação da Vigilância em Saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, estabelecendo nesta resolução as equipes mínimas para a execução das ações de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária (RIO DE JANEIRO, 2010). Após a publicação da Resolução SESDEC nº 1411, de 15 de outubro de 2010, que delegou a competência das ações de vigilância sanitária para as secretarias municipais de saúde, o município de Araruama inicia um processo, ainda que tímido, de execução das ações com a formação de equipe de VISA, sendo composta por um farmacêutico e um médico veterinário contratados para execução das ações.

Somente após edição da Resolução SES nº 1058, de 06 de Novembro de 2014, que definiu competências de ações de vigilância sanitária para atividades de baixa e média complexidade, é que Araruama montou uma equipe de VISA, ainda incipiente, formada por profissionais concursados das áreas de farmácia e veterinária, para a execução das ações de VISA (RIO DE JANEIRO, 2014).

O processo de descentralização das ações ainda não foi completamente concluído, pois o Estado do Rio de Janeiro não delegou a todos os municípios os serviços de vigilância

sanitária de alta complexidade, o que para o município de Araruama é uma situação cômoda, uma vez que ainda não possui condições estruturais para assumir a totalidade das ações de VISA. Essa afirmação se confirma, ao se verificar que, além de não possuir uma equipe multidisciplinar adequada, o município não vem acompanhando os preceitos da descentralização, o que fica caracterizado ao se verificar o Código Sanitário Municipal instituído, em 1997, e que até a presente data não foi atualizado pelo município (ARARUAMA, 1997).

Os avanços na descentralização das ações de vigilância sanitária promovida pelos gestores federal e estadual esbarram na inércia dos gestores municipais em aprimorar e atualizar a legislação sanitária, inclusive ao não promover debates com a sociedade civil organizada, dificultando não apenas os serviços de fiscalização, mas sobretudo a tomada de ciência por parte da população no que diz respeito ao direito de receber produtos e serviços relacionados à saúde que sejam de qualidade e estejam dentro das normas legais (COVEM, 2010).

1.2 Instituições de longa permanência para idosos (ILPI)

As ILPI não são exatamente algo novo no Brasil, tendo recebido ao longo de anos, nomenclaturas diferenciadas. Trata-se da modalidade mais antiga de atenção direcionada à pessoa idosa fora do ambiente familiar, com registros históricos que remontam a época do Brasil colônia, passando pelo império, república velha até os dias atuais, em que a família brasileira tem se modificado com a modernização da sociedade (ARAÚJO; SOUZA; FARO, 2010).

A legislação brasileira prevê que os cuidados para com os indivíduos longevos sejam de responsabilidade dos membros da família, entretanto, o cuidado tradicional da população idosa feita outrora, principalmente por seus entes, tem sido direcionado para as ILPI, cujo conceito transita entre residência de longa duração e assistência à saúde (CAMARANO; KANSO, 2010).

Ao passo que a legislação brasileira foi se adequando ao proposto nos acordos internacionais, paralelamente muitas ILPI foram abertas ao longo dos últimos anos, oferecendo serviços para essa parcela da população, que se encontra em permanente crescimento de acordo com dados do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

Apesar do surgimento de novas ILPI nos últimos anos, que foi impulsionado pelo aumento da população idosa, os serviços oferecidos não são amplamente utilizados e divulgados em peças de marketing, devido à existência de desconfiança da sociedade na forma que os mesmos são prestados pelas instituições (CAMARANO; KANSO, 2010).

Todavia, essas instituições não são exatamente algo novo, e no passado eram conhecidas como “asilos”, conforme definido por Gorzoni e Pires (2006).

[...] Define-se asilo (do grego ásylos, pelo latim asylu) como casa de assistência social onde são recolhidas, para sustento ou também para educação, pessoas pobres e desamparadas, como mendigos, crianças abandonadas, órfãos e velhos. Considera-se ainda asilo o lugar onde ficam isentos da execução das leis, os que a ele se recolhem. Relaciona-se assim, a ideia de guarita, abrigo, proteção ao local denominado de asilo, independentemente do seu caráter social, político ou de cuidados com dependências físicas e/ou mentais. Devido ao caráter genérico dessa definição outros termos surgiram para denominar locais de assistência a idosos como, por exemplo, abrigo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancionato. **Procurando-se padronizar a nomenclatura, tem sido proposta a denominação de instituições de longa permanência para idosos (ILPI)**, definindo-as como estabelecimentos para atendimento integral a idosos, dependentes ou não, sem condições familiares ou domiciliares para a sua permanência na comunidade de origem [...] (GORZONI; PIRES, 2006, p. 18, grifo nosso).

O surgimento de novas instituições asilares com objetivo de acolher idosos vêm aumentando gradativamente, e têm sido em muitos casos, nomeadas como casas de repouso, clínicas geriátricas, hotéis para idosos etc. As diversas denominações tiveram como objetivo não associar os serviços prestados com o termo “asilo”, uma vez que isso geraria imagem negativa junto a sociedade (CAMARANO; KANSO, 2010).

Com o aumento da população de longevos as instituições asilares passam a ofertar, além de apoio social, serviços de assistência à saúde (CAMARANO; KANSO, 2010). Nesse contexto de mudanças, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) passa a sugerir o uso do termo “Instituição de Longa Permanência para Idosos”, propondo que os serviços devam ser oferecidos de maneira multidisciplinar, com serviços na área social, médica, de psicologia, terapia ocupacional, enfermagem, odontologia, fisioterapia, entre outras conforme a necessidade dos idosos (PINTO; SIMSON, 2012).

Mesmo tendo sido consagrada a utilização dessa nomenclatura pela SBGG, o termo não é encontrado nos principais documentos que regulamentam os direitos dos idosos no País, a política nacional do idoso, e o Estatuto do Idoso. O Estatuto do Idoso traz em seu texto o uso da expressão “entidade de atendimento”, contudo, essa expressão não alcança em sua totalidade o termo ILPI (BRASIL, 2003).

Como sinalizado anteriormente, à medida que cresce a população de idosos, novas ILPI surgem para atender a essa demanda, entretanto, fatores diversos fazem com que essas instituições funcionem à margem dos preceitos legais regulamentares, distanciando-se de padrões de qualidade desejáveis. Dentre esses fatores, a ineficiência do poder público em fiscalizar e em promover medidas para o adequado funcionamento das ILPI, e a dificuldade organizacional e financeira que as famílias possuem em cuidar de seus longevos (LACERDA *et al.*, 2017).

A ausência do poder público e da família, permitiu que o bem-estar dos idosos pudesse ficar sob os cuidados da iniciativa privada, sujeitando-os a meros interesses econômicos em detrimento ao cuidado digno. Pasinato e Kornis (2009) afirmam que: [...] articulação das responsabilidades entre família, Estado e mercado determina o bem-estar dos indivíduos em qualquer que seja a sociedade[...].

Nesse sentido, o Estado assumindo o seu papel, publica o Estatuto do Idoso que estabelece em seu artigo 49, os princípios norteadores para o funcionamento de uma ILPI, trazendo em seu texto os seguintes incisos:

[...] I – preservação dos vínculos familiares; II – atendimento personalizado e em pequenos grupos; III – manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior; IV – participação do idoso nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo; V – observância dos direitos e garantias dos idosos; e VI – preservação da identidade do idoso e oferecimento de ambiente de respeito e dignidade. [...] (BRASIL, 2003).

O Estatuto vai além na defesa do idoso, ao estabelecer em seu artigo 50, obrigações que devem ser cumpridas pelas ILPI, ficando sujeitas em caso de descumprimento a pena de multa ou até mesmo interdição, conforme expresso no artigo 56 do Estatuto do idoso. No mesmo documento, é estipulado que a fiscalização das ILPI cabe ao MPERJ, Conselho do Idoso e à Vigilância Sanitária (BRASIL, 2003).

Com a publicação da RDC ANVISA n° 283/2005, a agência passa a regulamentar os serviços ofertados pelas ILPI, fixando em seu texto os requisitos mínimos a serem observados por aqueles que desejam explorar essa atividade em todo o território brasileiro, ficando a cargo das ações regulares de VISA, a garantia de que as ILPI estejam funcionando em consonância com a normativa (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

1.2.1 Regulamento técnico aplicado as ILPI

A RDC ANVISA n° 283/2005, definiu as normas de funcionamento em nível nacional para todas as ILPI, de caráter residencial, sejam elas públicas ou privadas, destinadas à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, observando os preceitos do PNI (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

Devido às necessidades que são próprias da pessoa idosa e que se acentuam com o processo da senilidade, a ANVISA teve o cuidado de editar uma norma que delimitou os requisitos mínimos de estrutura física, instalações, equipamentos e recursos humanos necessários para o adequado funcionamento da ILPI. Somado a isso, a norma traz em seu texto uma classificação para os longevos por Grau de Dependência, em função de seu condicionamento físico e cognitivo, que serve para nortear a ILPI em relação ao quadro funcional mínimo de cuidadores, que ela deverá prover para auxiliar o idoso em suas atividades diárias de higiene e alimentação (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

Classificação dos idosos por Grau de Dependência proposto pela RDC ANVISA n° 283/2005:

- a) Grau de Dependência I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda;
- b) Grau de Dependência II - idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;
- c) Grau de Dependência III - idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo.

A norma da ANVISA estabelece que a ILPI deva garantir aos longevos residentes, o exercício dos seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais, respeitando às seguintes premissas (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005):

- a) 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;

- b) preservar a identidade e a privacidade do idoso, assegurando um ambiente de respeito e dignidade;
- c) promover ambiência acolhedora;
- d) promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência;
- e) promover a integração dos idosos, nas atividades desenvolvidas pela comunidade local;
- f) favorecer o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações;
- g) incentivar e promover a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente;
- h) desenvolver atividades que estimulem a autonomia dos idosos;
- i) promover condições de lazer para os idosos tais como: atividades físicas, recreativas e culturais;
- j) desenvolver atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra pessoas nela residentes.

As ILPI devem ser legalmente constituídas e manter toda a documentação organizada, atualizada e com acesso facilitado para os órgãos de fiscalização, avaliação e controle social, que estarão verificando a instituição possui os seguintes documentos: inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), contrato social e/ou estatuto registrado, registro de entidade social quando aplicável, regimento interno, inscrição de seu programa junto ao Conselho do Idoso, conforme expresso no parágrafo Único do artigo 48 do Estatuto do Idoso, e alvará sanitário atualizado expedido pelo departamento de vigilância sanitária competente. A ausência da documentação exigida pela RDC ANVISA nº 283/2005, configura infração sanitária conforme previsto na Lei Federal nº. 6.437¹⁰, de 20 de agosto de 1977, que configura as infrações sanitárias (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

A norma estabelece que a ILPI deva possuir um responsável técnico 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

¹⁰ A Lei Federal nº. 6.437 de 20 de agosto de 1977, em seu Título I, configura infrações à legislação sanitária federal e estabelece as sanções respectivas, enquanto que em seu Título II estabelece o rito processual administrativo sanitário, que se inicia com a lavratura de auto de infração (BRASIL, 1977).

administração, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

De acordo com a norma da ANVISA, a ILPI deve possuir recursos humanos com vínculo formal de trabalho, que garantam a realização das seguintes atividades:

a) 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;

a) atividades de lazer:

- um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana;

a) serviços de limpeza:

- um profissional para cada 100m² de área interna ou fração por turno diariamente;

b) Serviço de alimentação:

- um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas;

c) serviço de lavanderia;

- um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente.

A ILPI poderá terceirizar os serviços de alimentação, limpeza e lavanderia, sendo obrigatória à 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 serviços, devendo ainda, realizar atividades de educação permanente na área de gerontologia, com objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

Toda construção, reforma ou adaptação na ILPI, deve ser precedida de aprovação de Projeto Básico de Arquitetura (PBA), junto à autoridade sanitária local bem como do órgão municipal competente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011).

O PBA deve atender aos requisitos de infraestrutura física previstos na RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, além das exigências estabelecidas em códigos de obras, leis ou normas pertinentes, quer na esfera federal, estadual ou municipal e, de forma a garantir condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e acessibilidade a todos os idosos residentes na ILPI (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2002).

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 específicas (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005):

- a) acesso externo;
 - devem ser previstas, no mínimo, duas portas de acesso, sendo uma exclusivamente de serviço;
- a) 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;
- b) rampas e escadas;
 - devem ser executadas conforme especificações da NBR 9050/ABNT¹¹, observadas as exigências de corrimão e sinalização;
 - a escada e a rampa acesso à edificação devem ter, no mínimo, 1,20m de largura;
- c) 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;
- d) luz de vigília permanente;

¹¹ Norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), que 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 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2004).

- e) elevadores;
 - _ devem seguir as especificações da ABNT NBR 7192¹² e ABNT NBR 13.994¹³;
- a) portas
 - _ devem ter um vão livre com largura mínima de 1,10m, com travamento simples sem o uso de trancas ou chaves;
- b) janelas e guarda-corpos
 - _ devem ter peitoris de no mínimo 1,00m.

A instituição deve possuir os seguintes ambientes (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005):

- a) 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;
- b) 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;

¹² Norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), que estabelece as condições exigíveis na elaboração do projeto, fabricação e instalação de elevadores de passageiros, de carga, monta-cargas e elevadores de maca (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 1998).

¹³ Norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), que estabelece as condições exigíveis na elaboração do projeto, fabricação e instalação de elevadores de passageiros, elevadores para transporte de pessoa portadora de deficiência (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2000).

- c) sala para atividades de apoio individual e sócio familiar com área mínima de 9,0m²;
- d) 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;
- e) as portas dos compartimentos internos dos sanitários coletivos devem ter vãos livres de 0,20m na parte inferior;
- f) espaço ecumênico e/ou para meditação;
- g) sala administrativa/reunião;
- h) 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;
- i) cozinha e despensa;
- j) lavanderia;
- k) local para guarda de roupas de uso coletivo;
- l) local para guarda de material de limpeza;
- m) almoxarifado indiferenciado com área mínima de 10m²;
- n) vestiário e banheiro para funcionários, separados por sexo;
- o) banheiro com área mínima de 3,6m², contendo uma bacia, um lavatório e um chuveiro para cada 10 funcionários ou fração;
- p) área de vestiário com área mínima de 0,5m² por funcionário/turno;
- q) lixeira ou abrigo externo à edificação para armazenamento de resíduos até o momento da coleta;
- r) área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre.

Os ambientes devem estar limpos, livre de resíduos e odores incompatíveis com a atividade. A exigência de um determinado ambiente depende da existência da atividade correspondente, podendo ele, ser compartilhado de acordo com a afinidade funcional e a utilização em horários ou situações diferenciadas (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

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 socioculturais do idoso e da região onde estão inseridos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

A ILPI deve comunicar à Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênera, bem como ao MPERJ, a situação de abandono familiar do idoso ou a ausência de identificação civil, manter registro atualizado de cada idoso residente, em conformidade com o estabelecido no artigo 50, inciso XV, do Estatuto do idoso e ter disponível cópia da RDC ANVISA nº 283/2005 para consulta dos interessados (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

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 seja compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade, indique 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, tenha em seu teor a forma que é prestada a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção, possuindo ainda informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos longevos residentes. O plano de ser avaliado anualmente quanto à implantação e efetividade das ações previstas, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

Em caso de intercorrência médica, o responsável técnico deve providenciar o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no plano de atenção, transportando-o em veículo adequado que conforme previsto no Plano de Atenção à Saúde, comunicando o fato a sua família ou representante legal (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

A ILPI deve garantir aos idosos a alimentação, respeitando os aspectos culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias, e obtidas observando os requisitos técnicos da Resolução de Diretoria Colegiada ANVISA, RDC nº. 216, de 15 de setembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas para os Serviços de Alimentação (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

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 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 ambientes (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

A ILPI deve possibilitar aos idosos independentes efetuarem todo o processamento de roupas de uso pessoal, que devem ser identificadas, visando à manutenção da individualidade e humanização, e observar a regra de não utilizar produtos saneantes no processamento de roupa que não sejam registrados ou notificados à ANVISA (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

A equipe de saúde responsável pelos residentes deverá notificar à VISA, suspeita de doença de notificação compulsória na ocorrência dos eventos sentinelas, ou seja, queda com lesão e tentativa de suicídio (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

Cabe ao responsável técnico a verificação de qualquer irregularidade no funcionamento das instituições e a tomada das medidas corretivas cabíveis juntamente com o responsável legal da ILPI, bem como o dever de comunicar a vigilância sanitária local, pois compete às ILPI a realização continuada de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento da instituição (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

A ANVISA estabeleceu prazo de dois anos para que as instituições se adequassem a RDC ANVISA nº 283/2005, ficando ILPI sujeitas a partir de então, as penalidades previstas na Lei Federal nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever e avaliar as condições sanitárias das ILPI no município de Araruama no Estado do Rio de Janeiro.

2.2 Objetivos específicos

- a) identificar as ILPI no município de Araruama e sua natureza (privada, pública ou filantrópica);
- b) avaliar através dos relatórios de inspeção da DIVISA, a situação encontrada nas ILPI, identificando e descrevendo os riscos sanitários que podem comprometer a saúde do idoso de acordo com a Resolução RDC ANVISA nº 283/2005, no biênio 2017/2018;
- c) verificar a aplicabilidade e possíveis fragilidades da Resolução RDC ANVISA nº 283/2005 e de seu Roteiro de Inspeção, examinando os resultados obtidos pela DIVISA em inspeções realizadas nas ILPI, no município de Araruama, ocorridas no biênio 2017/2018;

3 METODOLOGIA

3.1 Local do estudo

O presente estudo foi realizado no município de Araruama, cidade localizada na região dos lagos do Estado do Rio de Janeiro, a 118,2Km da capital. A população segundo o último censo do IBGE em 2010 era de 112.008 habitantes e de acordo com estimativas do órgão, a população do município seria de 126.742 habitantes até julho de 2017, o que a referenda como a segunda maior população da região (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

De acordo com os dados do Censo, a população residente no município com idade igual ou superior a 60 anos era de 15.421 indivíduos, dos quais, 6.992 homens e 8.429 mulheres (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

3.2 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva e prospectiva do tipo exploratória descritiva, com análise qualitativa e quantitativa de dados (CERVO; BERVIAN, 2002). Por meio da pesquisa exploratória buscou-se entender melhor as questões sobre o tema da pesquisa, uma vez que a produção científica no campo prático da vigilância sanitária direcionada a ILPI é baixo, em especial na verificação das Boas Práticas pelas VISA municipais. O estudo exploratório propicia conhecer melhor as variáveis intrínsecas do processo em questão, as problemáticas e as soluções possíveis para elas no contexto em que estão inseridas (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995). O aspecto descritivo do presente estudo é caracterizado pelo fato de que o método se pauta em descrever e analisar as possíveis relações entre as variáveis, de maneira que possamos compreender melhor a aplicabilidade da normativa da ANVISA (FERNANDES; GOMES, 2003).

Os dados foram obtidos por meio de documentação apresentada nas inspeções sanitárias e através de análise do Roteiro de Inspeção preenchidos pela equipe de inspeção. As inspeções sanitárias foram realizadas por equipe multidisciplinar, constituída por biólogo, sanitarista e médico veterinário, de maneira sistemática, utilizando roteiro de inspeção pautado na RDC ANVISA n° 283/2005 (Anexo 1).

O acesso facilitado às instituições, pelo fato de o autor da pesquisa ser membro do corpo técnico DIVISA, a confiabilidade das fontes de dados e os recursos disponibilizados

pela DIVISA, foram pontos preponderantes para a viabilidade do presente trabalho e o seu desenvolvimento.

3.3 Amostragem, fonte de dados e variáveis

A definição da amostra partiu do universo de ILPI sob competência do município de Araruama e que estavam devidamente cadastradas na base de dados da DIVISA, resultado direto do processo de descentralização das ações de VISA, para os municípios no estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2014).

O objeto de estudo foi constituído por dez ILPI existentes, cadastradas e inspecionadas pela Divisão de Vigilância Sanitária do município de Araruama, estando todas localizadas na área urbana da cidade.

Até o final de 2015, a DIVISA possuía apenas três ILPI cadastradas, número que não retratava a quantidade real de instituições instaladas no município, o que motivou a coordenação do órgão iniciar em 2016, um processo de recadastramento dos estabelecimentos de saúde, sendo identificadas nesse processo, outras seis ILPI até final daquele ano. Em meados de 2017, a equipe de inspeção recebeu ofício do MPERJ, solicitando inspeção em uma ILPI que ainda não fazia parte do cadastro existente na DIVISA, totalizando a partir de então um somatório de dez instituições presentes no cadastro da DIVISA (ARARUAMA, 2017).

Como critérios de inclusão e de exclusão das ILPI levaram-se em consideração número de idosos atendidos não inferior a 10 indivíduos, ter sido inspecionada no biênio 2017/2018 e ter sido concedido carta de anuência (Apêndices 3 a 9), para submissão do presente trabalho ao Comitê de Ética em pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz – CEP/FIOCRUZ. Logo, respeitando-se os critérios de inclusão e de exclusão mencionados, ao invés de se trabalhar com uma amostra aleatória, o que não permitiria comparação do nível de implementação da norma legal por parte das selecionadas, decidiu-se realizar um censo daquelas que, obrigatoriamente, foram inspecionadas no período estabelecido.

O processo descrito é um processo de eleição não-probabilístico, comum à área de VISA e de monitoramento, cujo objetivo é identificar situações de risco para a saúde humana (ROZENFELD, 2000).

Mediante o critério de amostragem adotado, o estudo foi realizado com dados obtidos em sete instituições dentre as dez cadastradas, com população 131 idosos assistidos, dos quais 43 eram homens e 88 eram mulheres.

Foram analisados os roteiros de inspeção (Anexo 1), preenchidos no ato das inspeções realizadas em 2017 e 2018, nas sete ILPI selecionadas, juntamente com os respectivos relatórios de inspeção elaborados pela equipe técnica da DIVISA e relatórios administrativos elaborados pelas ILPI, e entregues à DIVISA, conforme estabelecidos pela RDC 283/05. O instrumento de avaliação contém 105 questões respondidas como sim (S) ou não (N), que determinam se a ILPI cumpre ou não com as Boas Práticas estabelecidas pela Resolução da ANVISA.

A avaliação das questões propostas pelo roteiro de inspeção, foi feita por meio de uma nota que vai de um a três, de acordo com a sua classificação, que pode ser recomendável (R), necessário (N) ou imprescindível (I) (Quadro 2).

Quadro 2- Indicativo do padrão de conformidade

Classificação do item	Nota atribuída ao item
I – Imprescindível	Nota – 3
N – Necessário	Nota – 2
R – Recomendável	Nota – 1

Fonte: (DIVISA, 2016. Adaptado do modelo de avaliação do Roteiro de inspeção da SES/SC, Anexo 2).

Os quesitos são esquematicamente divididos por procedimentos operacionais, para que se obtenha um consolidado dos pontos por procedimento, podendo a ILPI obter um total de 262 pontos ao responder positivamente 100% das questões propostas pelo Roteiro de Inspeção utilizado pela DIVISA (Quadro 3).

Quadro 3 – Instrumento de Avaliação - Consolidado de Pontos por Procedimento

Quesitos pontuáveis	Imprescindível (I)	Necessário (N)	Recomendável (R)
Condições gerais	14	4	--
Recursos humanos	10	6	--
Alimentação	3	2	--
Saúde	13	3	1
Monitora e avaliação do funcionamento	--	6	--
Infraestrutura	18	20	5
Número total de itens	58	41	6
Total com base no valor do indicativo de qualidade	174	82	6
Total de pontos obtidos no instrumento	262 (100% dos quesitos respondidos de forma positiva)		

Fonte: (DIVISA, 2016. Adaptado do modelo de avaliação do Roteiro de inspeção da SES/SC, Anexo 2).

Nota: "--" não existem quesitos classificados.

O grau de risco para a saúde do idoso, proposto pelo instrumento é classificado em três possíveis níveis, a saber: alto risco (ruim); médio risco (regular); e baixo risco (bom), sendo determinado através de pontuação que vai do 0 até um total de 262 pontos, conforme a ILPI consiga responder de maneira positiva os quesitos do Roteiro de Inspeção (Quadro 4).

Quadro 4 - Avaliação do Risco para a Saúde do Idoso

Grau de risco para saúde	% de quesitos respondidos	Pontuação
Alto (ruim)	Até 49%	Até 130
Médio (regular)	Entre 50% a 79%	131 a 209
Baixo (bom)	Entre 80 e 99%	210 a 262

Fonte: (DIVISA, 2016. Adaptado do modelo de avaliação do Roteiro de inspeção da SES/SC, Anexo 2).

Todas as variáveis do estudo podem ser verificadas de forma detalhada no roteiro de inspeção utilizado pela DIVISA (Anexo 1).

3.4 Tratamento dos dados

Os dados foram organizados e processados com auxílio da planilha eletrônica, Microsoft Excel® 2007, da Microsoft Corporation (EUA), utilizando-se estatísticas descritivas.

3.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao CEP/FIOCRUZ, conforme os critérios estabelecidos pela Resolução CNS/CONEP nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementaridades para a devida avaliação das questões éticas do estudo, e aprovado em 14 de novembro de 2018, sob Parecer Consubstanciado nº 3.020.864 (Apêndice 1). Os critérios de respeito à dignidade humana, proteção, direitos, sigilo, anonimato e a garantia da não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades foram assegurados na Carta de Anuência obtida dos possíveis informantes-chaves antes do início da pesquisa.

No trabalho de campo realizado juntamente com a equipe da DIVISA, priorizou-se a dignidade e privacidade dos idosos residentes, considerando sobretudo a proteção dos seus direitos, interesses e sensibilidade. As ações da equipe de inspeção e, por conseguinte, as do pesquisador foram norteadas pela ética e pelo respeito às individualidades, sobretudo num

contexto onde a relação entre os atores se dá de maneira intersubjetiva (SILVA; MENDES; NAKAMURA, 2012). Portanto, a observação das reações dos idosos e dos representantes das ILPI durante a inspeção foi crucial para alcançar os objetivos implícitos do roteiro de inspeção proposto pela RDC n° 283/2005.

O desenvolvimento deste projeto até a sua conclusão e obtenção do produto tecnológico foi acompanhado pelo orientador da pesquisa e pela equipe multidisciplinar da DIVISA que elaborou os relatórios das inspeções realizadas nas ILPI, a qual o pesquisador faz parte.

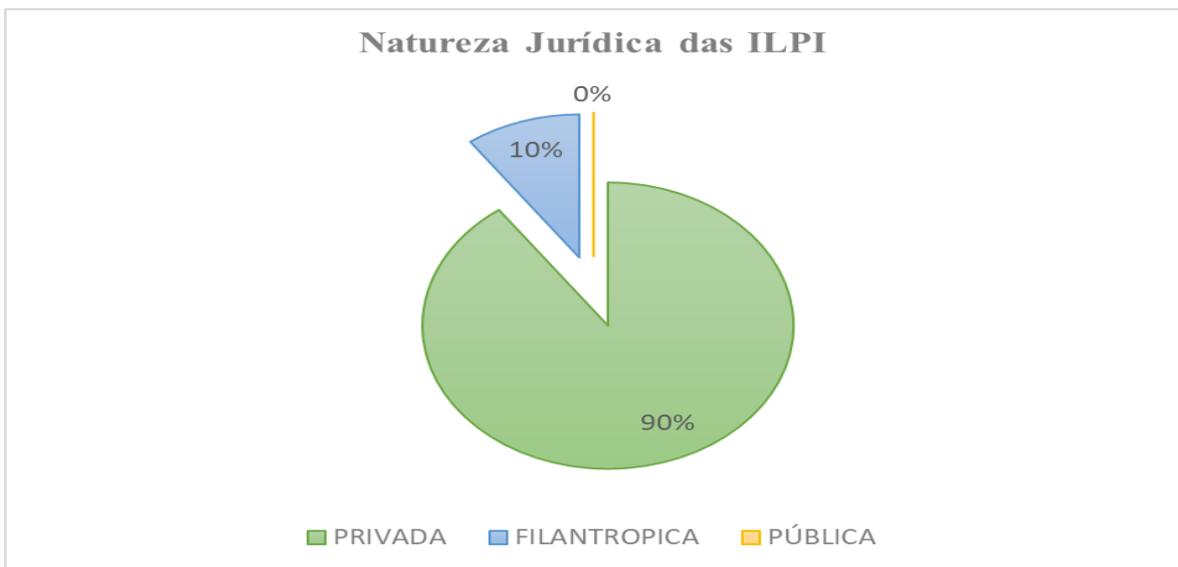
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização da População idosa e das ILPI

No período de 2017 e 2018 a equipe técnica da DIVISA inspecionou dez ILPI no município de Araruama, entretanto, à exceção da informação sobre natureza jurídica das empresas, as demais informações sobre três instituições não foram incluídas nos resultados da pesquisa. A não inclusão dessas instituições se deu por duas razões: demora por parte de uma instituição, em entregar sua carta de anuência, dentro do prazo estabelecido para a submissão do trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz; e negativa de outras duas em conceder anuência para que os dados fossem utilizados na pesquisa.

Posto isso, em relação à natureza jurídica das ILPI instaladas no município de Araruama, nove delas (90,0%) são constituídas como empresa de iniciativa privada e uma delas (10,0%) possui portaria municipal que concedeu título de utilidade pública, caracterizando-a como filantrópica (Figura 2). Não existe nenhuma ILPI de caráter público instalada no município de Araruama.

Figura 2 – Caracterização das ILPI em relação a natureza jurídica em Araruama



Fonte: (Do autor, 2019).

Ao revisar a literatura, percebeu-se que não há no Brasil, consenso quanto à natureza de uma ILPI, hora sendo classificada como instituição de saúde e em outro momento como instituição de assistência social. Para Camarano (2010), embora os longevos recebam moradia, alimentação e roupa, o que é característico da Assistência Social, os cuidados com a

saúde dos idosos institucionalizados é o principal serviço oferecido a essa população, como aponta levantamento realizado pelo IPEA¹⁴ nos anos de 2007 e 2009.

Como membro do estado brasileiro, caberia ao município oferecer meios para que sua população possa ter acesso a serviços públicos de longa permanência de idosos, entretanto, todas as sete ILPI participantes do estudo são sociedades empresariais de caráter privado, não existindo no município de Araruama, ILPI da administração pública. Esse dado revela uma lacuna que o poder público local permite ocorrer, ao deixar que a população mais carente não tenha acesso a esse tipo de serviço, contrariando a preceitos da CF/88, que estabeleceu a saúde como um direito de cidadania e, por isso, determinando que o Estado seja o principal responsável por promovê-la (BRASIL, 1988).

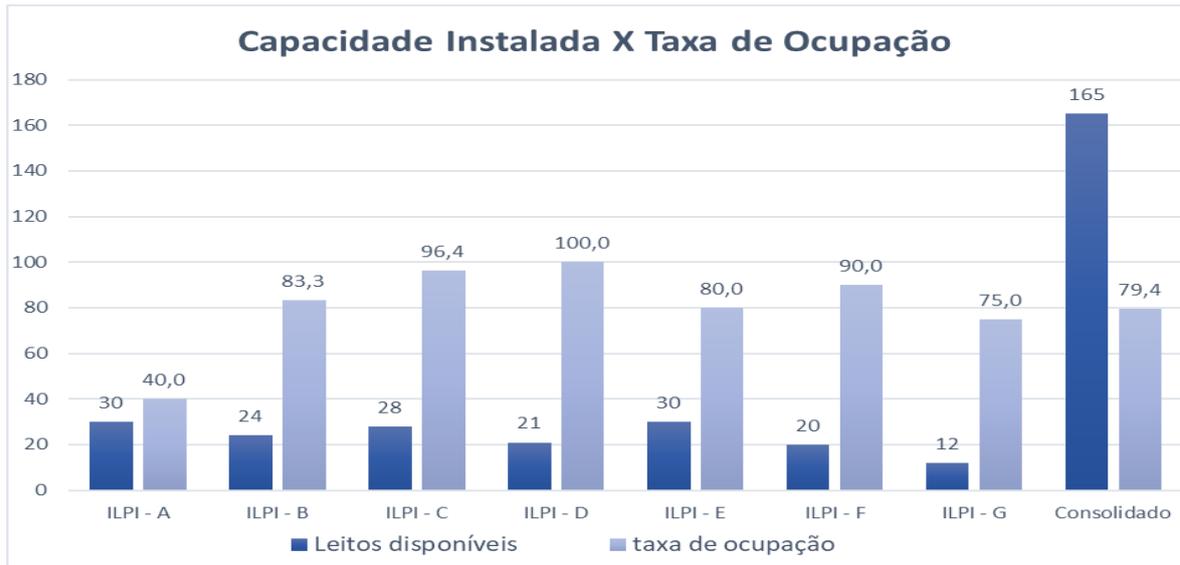
Um estudo realizado pelo IPEA identificou, no período de 2008 e 2009, que no Estado do Rio de Janeiro contava com 290 ILPI, e que a população de longevos institucionalizados representava uma parcela de 0,6% dos idosos do estado, totalizando 10.962 indivíduos. De acordo com o presente estudo, Araruama conta com 131 idosos institucionalizados, o que representa 0,85% dos idosos do município. O IPEA havia localizado em Araruama, apenas duas ILPI no período de 2008 e 2009, passados 10 anos, o presente estudo revela que houve um aumento de 400% no número de instituições instaladas no município (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2010).

As ILPI oferecem ao todo 165 leitos, no entanto, contrariando o recomendado pela legislação, a maioria delas não determina de maneira clara a capacidade instalada para receber idosos do sexo masculino e do sexo feminino, a acomodação dos longevos é feita à medida que vai surgindo à demanda (Figura 3).

A taxa de ocupação total era de 79,39% da capacidade ofertada. As ILPI B, C, D e F trabalhavam com taxa de ocupação acima de 80%, enquanto que as ILPI A, E e G tinham taxa de ocupação que não ultrapassavam 80% da capacidade instalada (Figura 3).

¹⁴ Levantamento de caráter censitário em parceria com a SEDH, Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq e o Ministério do Desenvolvimento Social – MDS, apontou que 66,1% das instituições brasileiras oferecem serviço médico e 56,0% de fisioterapia.

Figura 3 – Vagas disponíveis para idosos nas ILPI em Araruama



Fonte: (Do autor, 2019).

As ILPI B, C, D e F juntas, abrigavam um número de idosos que ocupavam 52,1% do total dos leitos disponíveis no município de Araruama, ao passo que as ILPI A, E e G, tinham sob seus cuidados idosos que ocupavam 27,3% dos leitos disponíveis (Tabela 1).

Tabela 1 – Participação de cada ILPI no total de leitos ocupados no Município de Araruama

ILPI	Leitos ocupados	Taxa de ocupação em função do total de leitos instalados no Município
A	12	7,3%
B	20	12,1%
C	27	16,4%
D	21	12,7%
E	24	14,5%
F	18	10,9%
G	9	5,5%
LEITOS INSTALADOS EM ARARUAMA	165	79,4%

Fonte: (Do autor, 2019).

Nota: O número total de idosos institucionalizados eram de 131 indivíduos, que ocupavam 79,4% das vagas disponibilizadas pelas ILPI.

Os dados obtidos revelaram que temos no município de Araruama, 165 leitos instalados, dos quais 131 leitos estão ocupados por idosos de ambos os sexos, o que

representa uma taxa de ocupação de 79,4%, sendo que 67,18% desse grupo de longevos são constituídos por mulheres e 32,82% por homens.

Um trabalho semelhante, realizado na Faculdade Estácio de Alagoas, no município de Maceió, constatou que 55% dos longevos residentes em nove ILPI, eram do sexo feminino (CARVALHO, 2014). O IPEA demonstrou na pesquisa divulgada em 2010, que idosos do sexo feminino representavam 66,2% dos longevos institucionalizados no Estado do Rio de Janeiro (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2010). Esses dados sintetizam bem a representatividade do gênero feminino na população idosa em nosso País.

Confrontando esses números com a estimativa do IBGE, para a população residente em Araruama, com idade igual ou superior a 60 anos, verifica-se que essa parcela da população representa 0,85% dos idosos do município.

4.2 Grau de Dependência e Mão de Obra

No presente estudo foi observado que, em algum nível, a grande maioria das ILPI não possuía recursos humanos adequados e/ou em número suficiente para o desenvolvimento das atividades necessárias para com os idosos. Essa mão de obra é determinada em função do grau de dependência a que os idosos estão submetidos.

Para determinar os recursos humanos necessários aos cuidados direcionados aos idosos, a RDC nº 283/2005 lança mão do índice de Katz¹⁵, que é utilizado na gerontologia para avaliar os idosos em relação a sua capacidade de desenvolver as atividades da vida diária (AVDs) (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

No que diz respeito à capacidade que o idoso possui de desenvolver AVDs, verificou-se que seis ILPI (85,1%) mantinham sob seus cuidados idosos com Grau de Dependência I, seis (100%) abrigavam idosos com Grau de Dependência II e seis instituições (85,1%) cuidavam de idosos com Grau de Dependência III (Tabela 2).

Essa classificação é atribuída de acordo com a capacidade que o idoso possui de desenvolver as AVDs, como preparar a própria refeição, se alimentar, efetuar a própria higiene, se vestir, ir ao banheiro, caminhar, cuidar de seus pertences, utilizarem transporte,

¹⁵ O Index de Independência nas Atividades de Vida Diária (AVDs) – *Index of ADL* - desenvolvido por Sidney Katz é um instrumento de avaliação funcional muito utilizado na literatura gerontológica tanto em nível nacional quanto internacional.

tomar seus medicamentos, etc. Segundo a RDC ANVISA nº 283/2005, os idosos podem ser classificados como possuindo grau de dependência I, II ou III¹⁶.

Tabela 2 – Indivíduos atendidos nas ILPI por Grau de Dependência, idade e distúrbios psiquiátricos.

Grupo de indivíduos atendidos	ILPI							%
	A	B	C	D	E	F	G	
Grau de Dependência I	x	x		x	x	x	x	85,71
Grau de Dependência II	x	x	x	x	x	x	x	100
Grau de Dependência III		x	x	x	x	x	x	100
< 60 anos de idade		x	x					28,57
Distúrbios psiquiátricos		x	x	x	x	x	x	85,71

Fonte: (Do autor, 2019).

Nota: Os quesitos, quando respondidos de maneira satisfatória, foram assinalados com a letra (x).

Contrariando o preconizado pela legislação, as ILPI B e C (28,57%), mantinham sob seus cuidados indivíduos com idade inferior a 60 anos (Tabela 2).

As ILPI B, C, D, E, F e G (85,71%), aceitavam indivíduos com problemas psiquiátricos, contudo, devido à ausência do Plano de Atenção à Saúde do Idoso, não pode ser verificado o acesso e a rotina de visita ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ao qual as ILPI estavam adscritos (Tabela 2).

Somadas, as ILPI abrigavam 29 idosos com Grau de Dependência I (22,14%), 58 idosos com Grau de Dependência II (44,27%) e 34 idosos com Grau de Dependência III (33,59%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização da população institucionalizada por Grau de Dependência

Número de idosos atendidos	ILPI							Total por Grau de Dependência	%
	A	B	C	D	E	F	G		
Grau de Dependência I	8	3	0	6	2	6	4	29	22,14
Grau de Dependência II	4	7	23	13	2	6	3	58	44,27
Grau de Dependência III	0	10	4	2	20	6	2	44	33,59
Total por ILPI	12	20	27	21	24	18	9	131	100,0

Fonte: (Do autor, 2019).

¹⁶ Descrito no tópico 2.7 – Regulamento Técnico aplicado as ILPI

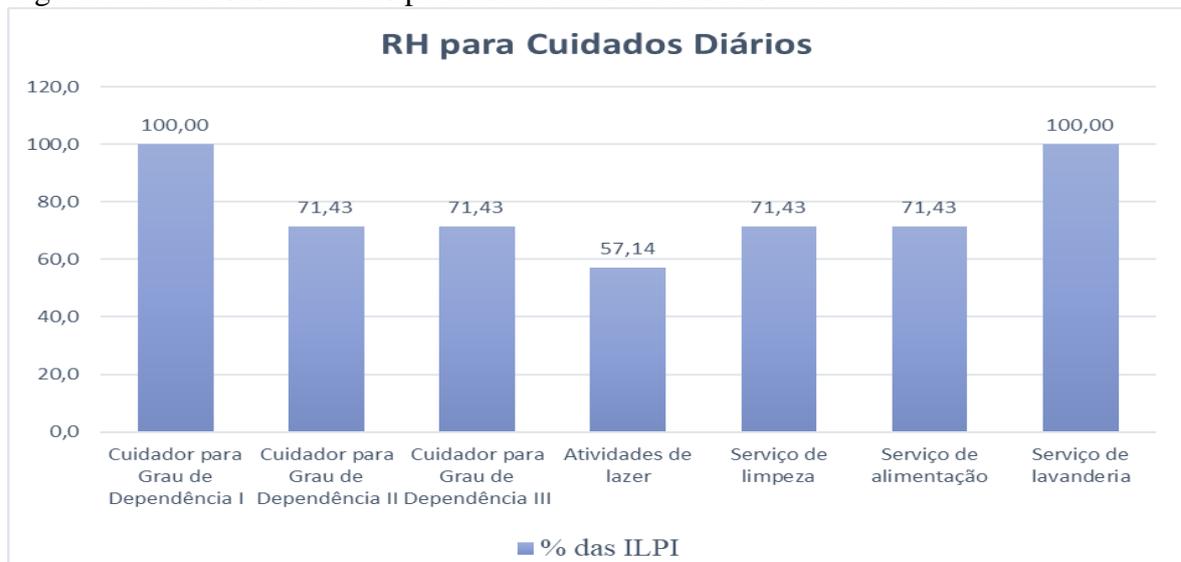
A presença de recursos humanos para os cuidados diários com os idosos foi um dos problemas observados. Foi constatada presença de cuidadores em número suficiente para os cuidados com idosos de Grau de Dependência I nas sete (100,0%) ILPI inspecionadas, entretanto, o mesmo não foi observado em relação ao número de cuidadores para os longevos com Grau de Dependência II e III. Dentre as ILPI, cinco (71,43%) possuíam número suficiente de cuidadores para idosos com Grau de Dependência II e III (Figura 4).

No que diz respeito às atividades de lazer, apenas quatro (57,14%) ILPI possuíam profissional adequado para a realização das atividades. Para os serviços de limpeza dos ambientes, cinco (71,43%) ILPI demonstraram possuir colaboradores em número suficiente para executar as atividades (Figura 4).

Para os serviços de alimentação, cinco (71,43%) ILPI comprovaram manter um serviço com número de colaboradores adequados, em dois turnos, servindo seis refeições diariamente como determina a legislação (Figura 4).

Todas as sete (100,0%) instituições tinham em seus quadros de funcionários, colaboradores em número adequado para executar as atividades de lavanderia, contudo, nenhuma delas fornecia os equipamentos de proteção individual conforme determina o regulamento técnico (Figura 4).

Figura 4 – Recursos Humanos para os cuidados diários nas ILPI em Araruama



Fonte: (Do autor, 2019).

Dentre os profissionais de saúde que mantinham vínculo formal com as ILPI, o profissional de medicina e os de enfermagem foram os mais recorrentes (85,71%). Entretanto, a exceção de uma ILPI, as demais mantinham contrato de prestação de serviço

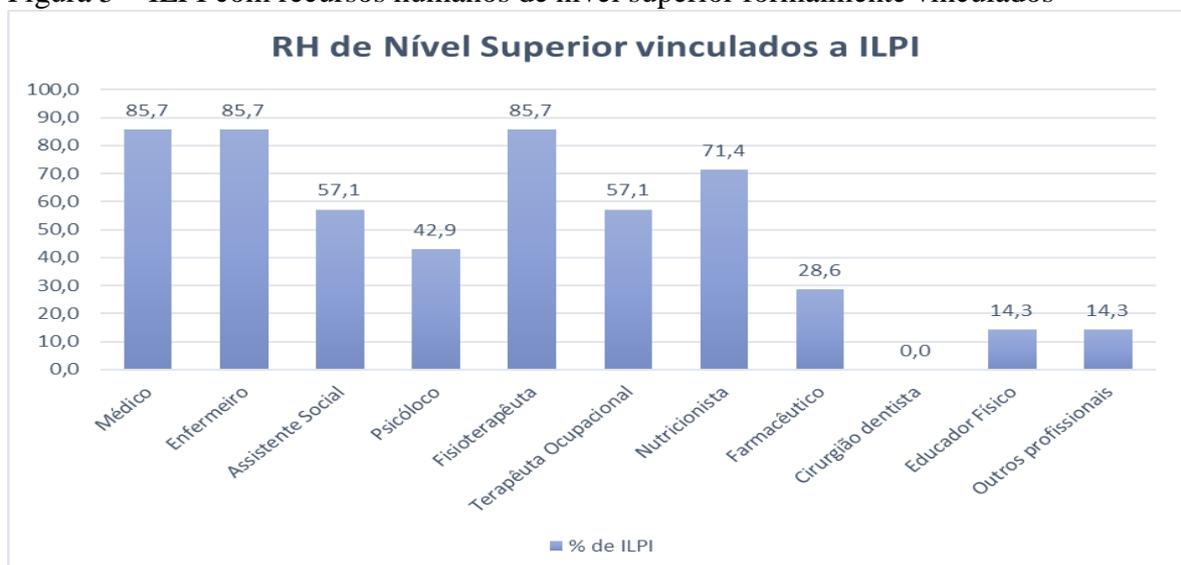
com os médicos, o que não garantia um acompanhamento contínuo da evolução clínica dos idosos. O mesmo se reproduziu em relação aos enfermeiros, porém em menor número, uma vez que identificamos três ILPI mantendo enfermeiros formalmente contratados pelo regime das Consolidações das Leis do Trabalho (CLT).

No geral, as ILPI mantinham equipe multiprofissional de saúde, que em sua grande maioria, estavam vinculadas por meio de instrumentos particulares de contrato de prestação de serviços ou se declaravam voluntários. Dentre esses profissionais foi detectada a presença de fisioterapeutas em seis ILPI (85,71%), assistente social e terapeuta ocupacional presentes nos quadros de seis (85,71%), serviço de psicologia em três (42,86%), serviço de nutrição em cinco (71,43%), farmacêutico em duas (28,57%) e profissional de educação física em uma (14,29%) (Figura 5).

A responsabilidade técnica junto aos respectivos Conselhos de Classe, quesito imprescindível do Roteiro de Inspeção, foi comprovada por apenas quatro ILPI (42,86%) participantes do estudo, sendo eles: um assistente Social; um pedagogo e; dois enfermeiros (Figura 5).

O pedagogo possuía formação em nível de especialização, em gerontologia e figurava como um dos sócios da ILPI-B, além disso, era a única ILPI (11,11%) que vinha realizando atividades de educação permanente na área de gerontologia, inclusive com treinamentos voltados para a equipe de colaboradores da ILPI com todos os registros das atividades realizadas (Figura 5).

Figura 5 – ILPI com recursos humanos de nível superior formalmente vinculados



Fonte: (Do autor, 2019).

Esses resultados são comparáveis ao estudo publicado pelo IPEA (2010), que traçou as características das instituições de longa permanência de idosos na região sudeste do Brasil. Por outro lado, em menor proporção, nossos resultados apenas se assemelham aos resultados obtidos por Carvalho (2014), que verificou a presença de equipe multiprofissional em um estudo com nove ILPI, entretanto, a grande maioria dos profissionais não possuíam vínculo formal, atuando como voluntários.

Um aspecto de grande relevância na qualidade de vida dos idosos é a atividade física regular, que irá impactar diretamente em suas AVDs, uma vez que com o avanço da idade, o indivíduo tende a perder tônus muscular, aumentando sua dependência para a execução de atividades simples. De acordo com a OMS, a prática regular de exercícios tem o poder de prevenir, minimizar ou mesmo reverter muitos dos problemas que frequentemente estão associados ao processo de envelhecimento, tais como equilíbrio, mobilidade articular, flexibilidade, postura e coordenação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

De acordo com Araújo (2007), a dependência do idoso é vista como algo natural e esperado, mas é possível reabilitar esse idoso devolvendo a ele, mesmo que de forma mínima, a capacidade do autocuidado por meio da atividade física. Banhato *et al.* (2009), corroboram com Araújo (2007), ao afirmarem que se verifica uma relação positiva entre a prática de exercícios físicos e a cognição de indivíduos idosos.

O estudo revelou que das sete ILPI participantes da pesquisa, seis (85,7%) mantinham profissionais de fisioterapia e uma (14,29%), possuía um profissional de educação física que prestava serviço voluntário, contudo, não existia um programa formal que descrevesse as atividades desenvolvidas por esses profissionais junto aos idosos. É importante assinalar que, a RDC ANVISA nº 283/2005 estabelece em seu item 4.6.1.3, que a ILPI deve prover um profissional com formação de nível superior para executar as atividades de lazer com carga horária de 12 horas por semana, não estabelecendo a especificidade do profissional, o que implica dizer, que não necessariamente ocorrerá a execução de atividades físicas nas instituições.

Ao considerar que os indivíduos idosos são acometidos por várias doenças próprias da senilidade, faz-se necessário que a oferta dos serviços por parte das ILPI, seja contemplada por meio de assistência multiprofissional (ALCÂNTARA; CAMARANO; GIACOMIN, 2016). No entanto nossa pesquisa mostra que das sete ILPI participantes do estudo, a despeito do número minimamente satisfatório de colaboradores que cuidam dos cuidados diários, apenas três instituições apresentam uma equipe de técnicos próximo do ideal, e a maioria contam apenas com médicos e enfermeiros.

4.3 Documentação e licenciamento

O item 4.5.1 da RDC nº 283/2005, estabelece que a ILPI deva ser uma empresa legalmente constituída, podendo ser pública, privada ou filantrópica, e que para o devido funcionamento deve ser licenciada pela Vigilância Sanitária local, de acordo com o estabelecido na Lei Federal nº 6.437, de 20 de agosto de 1977 e comprovar sua inscrição junto ao Conselho do Idoso, conforme determinado no parágrafo único do artigo 48 do Estatuto do Idoso.

No tocante à documentação necessária ao funcionamento, todas as sete (100,0%) ILPI possuíam sua inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, contrato social, registro atualizado dos idosos em consonância com o Estatuto do Idoso e contrato de prestação com o idoso e com seu responsável legal. O regimento interno foi apresentado por cinco (71,4%) ILPI. O plano de trabalho conforme determinado pela RDC nº 283/2005, foi verificado em quatro (57,1%) ILPI, o mesmo número de instituições apresentou os procedimentos e rotinas escritos para cuidados com os idosos, serviços de alimentação e para o processamento de roupas. Em relação ao Conselho do Idoso, três (42,9%) ILPI apresentaram seu registro e inscrição do programa da instituição naquele órgão. Apenas duas (28,6%) ILPI foram licenciadas pela DIVISA (Tabela 3).

Tabela 4 – Verificação da documentação necessária ao regular funcionamento

DOCUMENTAÇÃO	ILPI							%
	A	B	C	D	E	F	G	
Inscrição no CNPJ	x	x	x	x	x	x	x	100,0
Documento de constituição registrado (contrato social ou estatuto)	x	x	x	x	x	x	x	100,0
Certificado de aprovação do CBMERJ		x						14,3
Licença sanitária		x			x			28,6
Contrato de prestação de serviço com o idoso ou seu responsável legal	x	x	x	x	x	x	x	100,0
Registro no conselho do idoso		x			x	x		42,9
Inscrição de seu programa no conselho do idoso		x			x	x		42,9
Regimento interno		x	x		x	x	x	71,4
Registro atualizado dos idosos	x	x	x	x	x	x	x	100,0
Plano de trabalho conforme item 5.1.1 da RDC nº 283/2005		x		x	x	x		57,1
Procedimentos escritos para o cuidado dos idosos		x			x	x	x	57,1
Procedimentos escritos para o serviço de alimentação		x			x	x	x	57,1
Procedimentos escritos para o processamento de roupas		x			x	x	x	57,1

Fonte: (Do autor, 2019).

Nota: Os quesitos, quando respondidos de maneira satisfatória, foram assinalados com a letra (x).

Os resultados obtidos revelaram que do ponto de vista documental, o licenciamento sanitário se tornara inviável para a maioria das ILPI, pois boa parte da documentação exigida pela DIVISA não foi apresentada pelas mesmas.

Para Lima (2015) a diferença entre a realidade e o que é preconizado pelos órgãos fiscais impacta diretamente na capacidade das instituições sobrepor as dificuldades vivenciadas por eles no cumprimento do regulamento técnico.

De maneira muito particular, este trabalho pode verificar que o problema não reside no que a legislação preconiza, mas no desencontro de informações oriundas dos diversos atores responsáveis pela fiscalização das ILPI. Segundo Souza *et al.* (2018), a divergência das informações advindas dos setores responsáveis pela orientação e regulação das ILPI, demonstra falhas no regime de informação, até mesmo em um mesmo setor.

4.4 Cuidados com a Saúde dos Idosos

No tocante à assistência à saúde dos idosos, os resultados obtidos foram desanimadores e, por si só, suficientes para que a DIVISA não concedesse o Licenciamento Sanitário à grande maioria das instituições.

Não existia em nenhuma das ILPI, dentista vinculado à empresa para a prestação de serviços relacionados à saúde bucal dos longevos. Apenas uma (14,3%) ILPI apresentou Plano de Atenção à Saúde dos longevos e comprovava a inscrição dos idosos no serviço de saúde pública e/ou particular. Das instituições que tinham dentre seus residentes, indivíduos psiquiátricos, apenas uma (14,3%) ILPI os conduzia até o CAPS (Tabela 5).

Todas as sete ILPI (100,0%), declararam conduzir o idoso aos serviços de saúde em casos de intercorrência médica, utilizando serviço de remoção adequado, contudo, apenas a ILPI B (14,3%) possuía transporte próprio e adequado para efetuar o deslocamento do idoso (Tabela 5).

Todas as ILPI participantes da pesquisa comprovaram ter prescrição médica para todos os medicamentos encontrados na instituição, da mesma forma, comprovaram a vacinação dos residentes sob seus cuidados, entretanto, apenas quatro (57,1%) possuíam responsável técnico se responsabilizando pelos medicamentos encontrados nas ILPI (Tabela 5).

Tabela 5 – Verificação dos quesitos relacionados à saúde do idoso

SAÚDE	ILPI							%
	A	B	C	D	E	F	G	
Plano de atenção integral a saúde do residente, contemplando no mínimo 3 aspectos (acesso, resolubilidade e humanização), implantado e com avaliação anual?		x						14,3
Em caso de intercorrência médica, a ILPI dispõe de serviço de remoção destinado a transportar o idoso, e providencia o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no plano de atenção e comunica a sua família?	x	x	x	x	x	x	x	100,0
A ILPI dispõe de serviço de remoção destinado a transportar o idoso, segundo o estabelecido no plano de atenção à saúde?		x						14,3
O RT se responsabiliza pelos medicamentos em uso, respeitados os regulamentos de visa quanto a guarda e administração?		x	x		x		x	57,1
Há prescrição médica para todos os medicamentos encontrados na instituição?	x	x	x	x	x	x	x	100,0
Informa aos órgãos competentes a ocorrência de doenças de notificado compulsória?								0,0
A ILPI informa aos órgãos competentes a ocorrência de eventos sentinela (queda com lesão ou tentativa de suicídio)?								0,0
A ILPI comprova a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado no plano nacional do MS?	x	x	x	x	x	x	x	100,0
A ILPI comprova a inscrição do residente no serviço de saúde mais próximo ou em plano de saúde privado?		x						14,3
Os residentes com patologia de saúde mental estão participando dos programas de saúde mental?		x						14,3
Existe o acesso a um cirurgião-dentista quando necessário?								0,0
Calcula, avalia e encaminha para a visa a taxa de mortalidade								0,0
Calcula, avalia e encaminha para a visa a incidência de doença diarreica aguda								0,0
Calcula, avalia e encaminha para a VISA a incidência de escabiose								0,0
Calcula, avalia e encaminha para a VISA a incidência de desidratação								0,0
Calcula, avalia e encaminha para a VISA a prevalência de úlceras de decúbito em residentes								0,0
Calcula, avalia e encaminha para a VISA a prevalência de desnutrição em residentes								0,0

Fonte: (Do autor, 2019).

Nota: Os quesitos, quando respondidos de maneira satisfatória, foram assinalados com a letra (x).

Os responsáveis das ILPI não comprovaram a ocorrência de notificação aos órgãos de saúde, a suspeita de doenças de notificação compulsória, bem como não efetuaram informe à DIVISA, sobre ocorrência ou não de eventos sentinela de queda e tentativa de suicídio, conforme preconizado nos itens 6.1 e 6.2 da RDC nº 283/2005.

Outro achado de grande relevância foi à constatação de que nenhuma das ILPI realizava a avaliação de desempenho e padrão de funcionamento por meio dos indicadores de saúde, preconizados no item 7.3 da RDC nº 283/2005 (Tabela 5).

Conforme descrito na literatura, muitas vezes a institucionalização do idoso acaba sendo um mal necessário, assim sendo, cabe aos responsáveis legais da ILPI considerar que a

Tabela 6 - Verificação dos quesitos relacionados a infraestrutura da ILPI (conclusão)

A circulação secundária possui no mínimo 0,8m de largura?	x	x	x	x	X	x	x	100,0
Há áreas para o desenvolvimento de atividades voltadas aos residentes com grau I e II?	x	x	x	x	X	x	x	100,0
Sala para atividades coletivas para no máximo 15 residentes, com o mínimo de 1,0m ² por pessoa	x	x	x	x	X	x	x	100,0
Sala de convivência com área mínima de 1,3m ² por pessoa	x	x		x	X	x	x	85,7
Possui refeitório com área mínima de 1,0m ² por residente?	x	x		x	X	x	x	85,7
Possui cozinha e dispensa?	x	x	x	x	X	x	x	100,0
Possui lavanderia com área específica para essa atividade?	x	x	x	x	x	x	x	100,0
Possui local para guarda de roupas de uso coletivo?	x	x	x		x	x	x	85,7
Possui área para a recepção das roupas?	x	x	x	x	x	x	x	100,0
Possui área para a lavagem?	x	x	x	x	x	x	x	100,0
Há área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre?	x	x	x	x	x	x	x	100,0
Possui dormitórios separados por sexo, para no máximo 4 pessoas, dotados de banheiro?		x		x	x	x	x	71,4
Dormitórios de 2 a 4 pessoas, possui área mínima de 5,5m ² por cama		x		x	x	x	x	71,4
Respeita-se distância mínima de 0,8m entre camas?		x		x	x	x	x	71,4
As instalações garantem a segurança, integridade física e acessibilidade (obedecem às normas de construção e de segurança)?		x		x	x	x	x	71,4
Pisos, são de fácil limpeza e conservação, íntegros e antiderrapantes		x		x	x	x	x	71,4
Rampas e escadas possuem corrimão e sinalização e no mínimo 1,20m de largura		x			x	x	x	57,1
Sala para atividades de apoio individual e sócio familiar com área mínima de 9,0m ²		x			x	x	x	57,1
Possui local para guarda de material de limpeza (DML)		x			x	x	x	57,1
Possui almoxarifado indiferenciado com área mínima de 10,0m ²		x			x	x	x	57,1
Há vestiário e banheiro para os funcionários, separado por sexo?		x			x	x		42,8
Realiza manutenção predial preventiva e corretiva?		x		x	x	x	x	71,4
Dormitórios para 1 pessoa, possuem área mínima de 7,5m ²	x	x						28,6
os dormitórios são dotados de luz de vigília e campainha de alarme		x					x	28,6
Os colchões e travesseiros são revestidos de material impermeável de fácil limpeza e higienização?		x					x	28,6
O projeto físico do estabelecimento foi aprovado pelos órgãos competentes?								0,0
Portas dos sanitários coletivos possuem vãos livres de 0,2m na parte inferior?					x	x		28,6
A lavanderia possui separação de fluxos (entrada e saída de roupas)?								0,0
Possui banheiro exclusivo para os funcionários da lavanderia?								0,0
Há lixeira ou abrigo externo à edificação para armazenamento provisório dos resíduos?								0,0

Fonte: (Do autor, 2019).

Nota: Os quesitos, quando respondidos de maneira satisfatória, foram assinalados com a letra (x).

Um problema sério de segurança gerando risco potencial para quedas e demora de auxílio em caso de acidentes, foi à ausência de luz de vigília e campanha de segurança, que foi verificado em apenas duas (28,6%). Além disso, outro fator de segurança negligenciado pelas instituições foi à ausência de colchões e travesseiros adequados para uso dos longevos, que foi notado em apenas duas (28,6%), fato esse que propicia o surgimento de doenças de pele (Tabela 6).

Apenas uma (14,3%) possuía o Certificado de Aprovação do CBMERJ, o que pressupõe que tenha sido apresentado o projeto físico aquele órgão, entretanto, nenhuma das ILPI possuía projeto arquitetônico apresentado a DIVISA, para avaliação dos espaços segundo os critérios técnicos preconizado para os estabelecimentos de interesse à saúde (Tabela 6).

Os resultados obtidos mostram que boa parte das ILPI, instaladas no município de Araruama, não atendia integralmente aos dispositivos da RDC ANVISA nº 283/2005, onde se determina que esses espaços devam ser construídos e/ou adaptados de forma a assegurar condições mínimas de habitabilidade, segurança e salubridade, devendo ter seu projeto aprovado pela VISA (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011). Além disso, observou-se que normas estabelecidas por outros órgãos, também não foram observadas pela maioria das instituições, tal como as normas de segurança contra incêndio e pânico do CBMERJ, sendo caracterizado pela falta do certificado de aprovação daquele órgão.

Estudo semelhante, realizado em Salvador, por Alves *et al.* (2017), em quatro ILPI, demonstrou que aspectos como distância e quantidade mínima de camas não eram observados, observou-se ainda a presença de pisos inadequados nos banheiros, falta de ventilação e ambientes insalubres. Alves *et al.* (2017), afirmam em seu estudo que essas condições estruturais são fatores de risco para agravos à saúde.

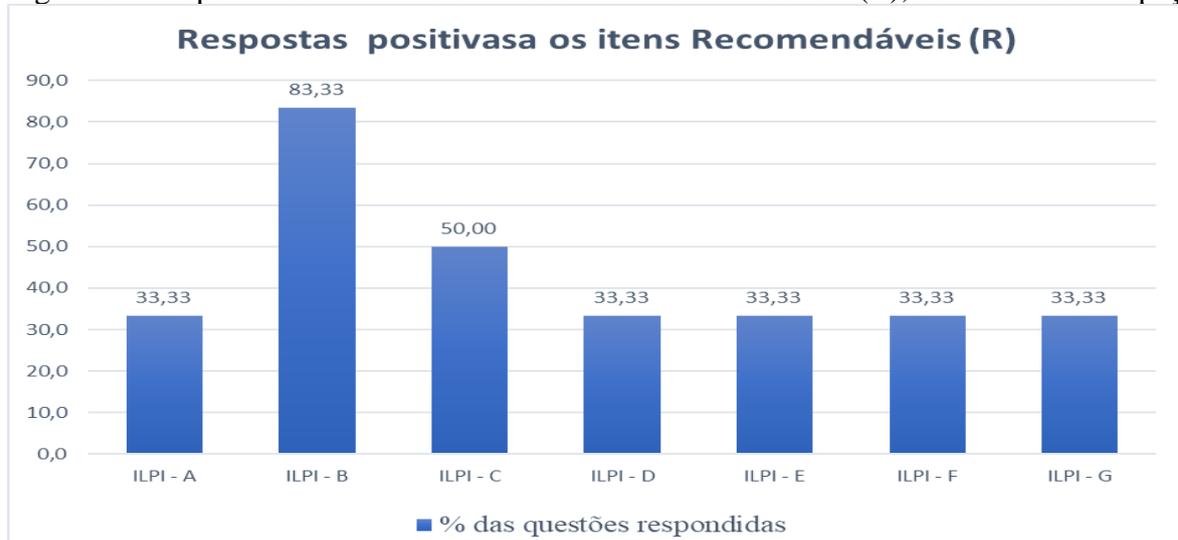
Para Costa e Mercadante (2013), é necessário que haja uma nova forma de gestão das ILPI, visando oferecer aos idosos, condições de autonomia e dignidade, para isso, sugerem uma reestruturação na gestão das ILPI, uma vez que os recursos financeiros disponíveis nem sempre são suficientes para o alto custo da operação. Todavia, os resultados obtidos no presente trabalho, nos revelam que, para o devido cumprimento das normas, não bastam apenas uma boa gestão, mas sim uma completa reestruturação dos ambientes e serviços ofertados pelas ILPI.

4.6 Avaliação das Respostas aos Itens R, N e I do Roteiro de Inspeção

De forma a verificar o nível de implementação da RDC ANVISA nº 283/2005, a DIVISA adotou com adaptações, o Instrumento de avaliação utilizado pela Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, elaborado pela Professora Maika Arno Roeder, que organizou e classificou o roteiro de inspeção da Resolução da ANVISA em 55 itens informativos (Inf.), 58 como imprescindíveis (I), 41 como necessários (N) e seis itens como recomendáveis (R), estabelecendo uma pontuação para os I, N e R (ROEDER, 2005).

No que diz respeito ao cumprimento dos quesitos recomendáveis (R) do Roteiro de Inspeção, as ILPI – A, D, E, F e G responderam a apenas duas (33,33%) questões de forma satisfatória, enquanto que as ILPI – B e C responderam a cinco (83,33%) e três (50,0%) questões, respectivamente, de forma satisfatória (Figura 6).

Figura 6 – Respostas aos itens classificados como recomendáveis (R), do Roteiro de Inspeção.



Fonte: (Do autor, 2019).

Em relação ao cumprimento dos quesitos considerados necessários (N) do Roteiro de Inspeção, as ILPI – A, C e D obtiveram desempenho inferior a 50% de respostas positivas, respondendo 15 (36,59%), 11 (26,83%) e 16 (39,02%) respectivamente (Figura 7).

As ILPI – E e G responderam respectivamente 27 (65,85%) e 21 (51,22%) dos quesitos necessários de forma satisfatória, e a ILPI – B figurou como a de melhor desempenho dentre todas as sete instituições, respondendo a 29 (70,73%) dos quesitos necessários do Roteiro de Inspeção (Figura 7).

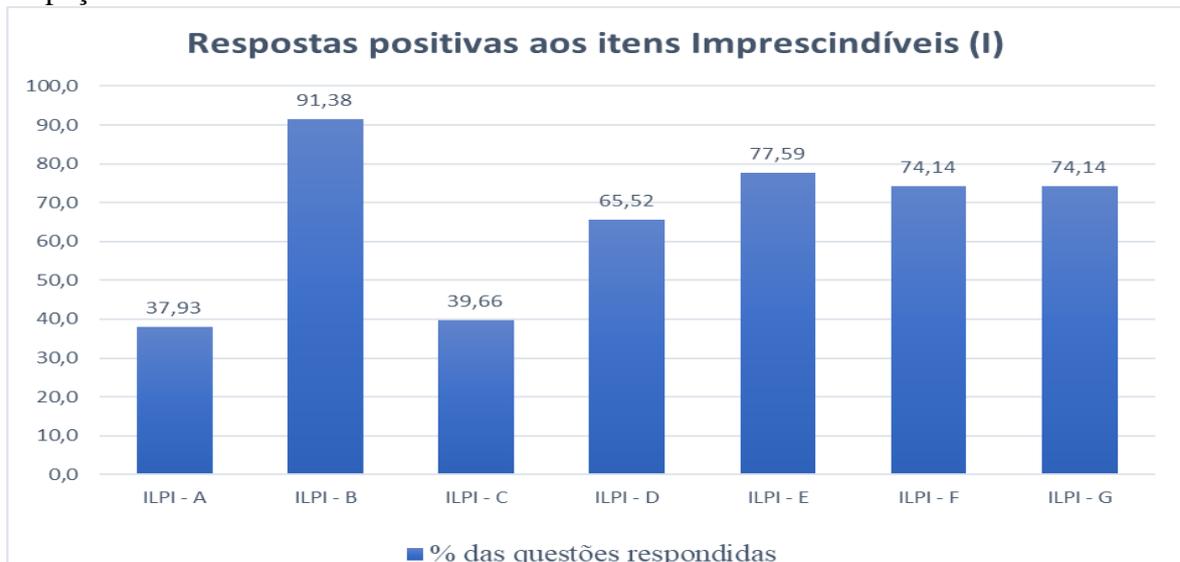
Figura 7 – Respostas positivas aos Itens classificados como necessários (N), do Roteiro de Inspeção.



Fonte: (Do autor, 2019).

Em relação ao cumprimento dos quesitos imprescindíveis (I) do Roteiro de Inspeção, as ILPI – A, C e D responderam de forma satisfatória a 22 (37,93%), 23 (39,66%) e 38 (65,52%), dos quesitos do Roteiro de Inspeção respectivamente (Figura 8).

Figura 8 - Respostas positivas aos itens classificados como imprescindíveis (I), do Roteiro de Inspeção.



Fonte: (Do autor, 2019).

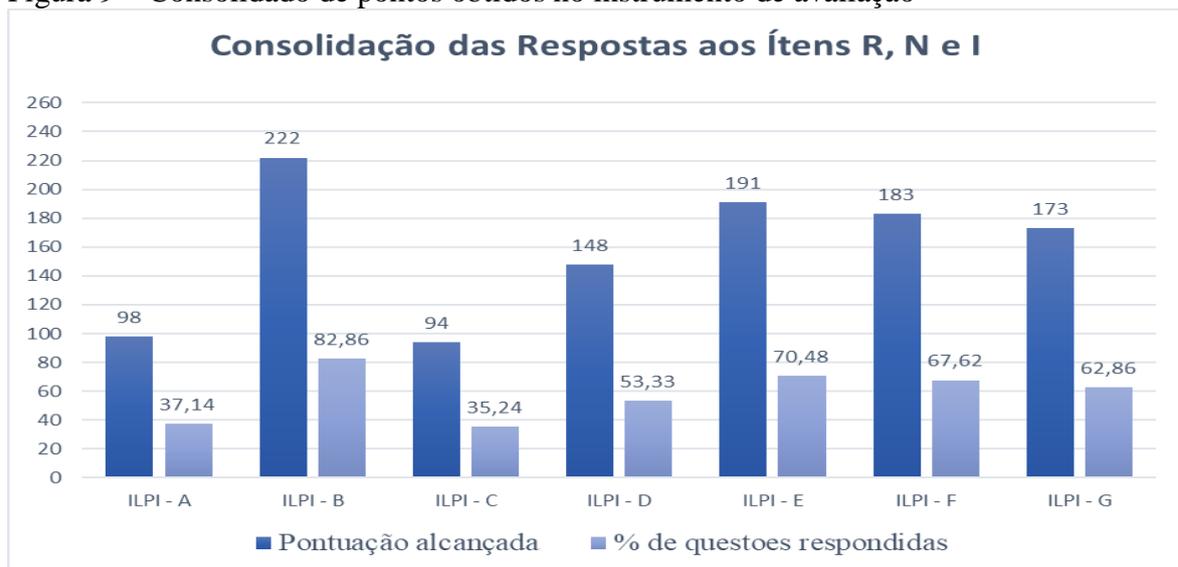
As ILPI – F e G tiveram o mesmo desempenho respondendo a 43 (74,14%) dos quesitos classificados como imprescindíveis, e a ILPI – B, repetindo o bom desempenho dos

questos anteriores, respondeu a 53 (91,38%) dos questos considerados imprescindíveis do Roteiro de Inspeção (Figura 8).

O consolidado dos resultados obtidos com as respostas aos itens imprescindíveis, necessários e recomendáveis do Roteiro de Inspeção, nos mostra que, a ILPI – A respondeu positivamente a 39 questos do Roteiro de Inspeção (37,14%), somando 98 pontos no instrumento de avaliação. Com desempenho semelhante, a ILPI – C respondeu positivamente a 37 questos do Roteiro de Inspeção (35,24%), somando 94 pontos no instrumento de avaliação. As duas instituições obtiveram os piores resultados dentre as sete instituições avaliadas (Figura 9).

Obtendo melhores resultados que as duas anteriores, as ILPI – D, E, F e G tiveram melhores resultados no consolidado das respostas aos itens pontuáveis do Roteiro de Inspeção. A instituição D respondeu a 56 questos (53,33%), somando 148 pontos, a E respondeu a 74 questos (70,48%), somando 191 pontos, a F respondeu a 71 questos (67,62%), somando 183 pontos e a G respondeu a 66 questos (62,86%), somando 173 pontos no instrumento de avaliação (Figura 9).

Figura 9 – Consolidado de pontos obtidos no instrumento de avaliação



Fonte: (Do autor, 2019).

Dentre as sete instituições participantes do estudo, a ILPI – B obteve o melhor resultado da pesquisa, ao responder de maneira satisfatória 87 questos do Roteiro de Inspeção (82,86%), somando 222 pontos (Figura 9).

Trabalho realizado com nove ILPI por meio de análise dos roteiros de inspeção da Vigilância Sanitária da cidade de Maceió (AL), no período de 2009 a 2010, revelou resultados

semelhantes ao nosso, tendo sido verificado que as instituições estudadas não respondiam de maneira satisfatória a maioria dos itens do roteiro de inspeção (CARVALHO, 2014). Após avaliar o perfil das ILPI na região metropolitana de João Pessoa, Lima (2015), concluiu que é necessária a elaboração de mais estudos sobre o tema, pois essa realidade poderia não diferir muito em outras regiões do País.

Os estudos citados corroboram com os resultados obtidos em nosso estudo, que evidenciou, em Araruama, uma realidade preocupante, uma vez que os quesitos estabelecidos na RDC ANVISA n° 283/2005 são condições mínimas ao funcionamento.

Carvalho (2014) afirma que é necessário um diagnóstico minucioso para a identificação dos problemas presentes nas ILPI, pois somente a partir desse diagnóstico é que pode ser estabelecido um plano de ação para a correção dos problemas existentes. Nesse sentido, o instrumento utilizado pela equipe da DIVISA se mostrou ferramenta adequada a esse diagnóstico detalhado das instituições, auxiliando principalmente na avaliação do Risco Sanitário.

4.7 Avaliação do Risco Sanitário

O instrumento de avaliação de risco utilizado pela DIVISA para a avaliação das ILPI cumpre com premissas técnico – científicas estabelecidas pela literatura e pelo arcabouço legal, uma vez que permite ao técnico da VISA e ao setor regulado, verificarem de maneira clara o nível de implementação da norma da ANVISA.

Por meio da consolidação dos pontos obtidos a partir dos requisitos Recomendáveis, Necessários e Imprescindíveis descritos de maneira objetiva no instrumento de avaliação e respondidos satisfatoriamente pelas ILPI, podemos verificar que de um universo de 105 itens, apenas a ILPI – B possuía condição organizacional e de infraestrutura de funcionamento que a permitiu ser avaliada como de Baixo Risco Sanitário (Tabela 7).

As instituições D, E, F e G, obtiveram pontuação suficiente apenas para que fossem avaliadas como sendo de Médio Risco Sanitário (Tabela 7).

As ILPI – A e C obtiveram a pior avaliação, tendo sido classificadas como de Alto Risco Sanitário (Tabela 7).

Tabela 7 – Avaliação do Risco Sanitário a partir do consolidado de pontos obtidos com os quesitos respondidos positivamente

ILPI	Pontuação obtida no Instrumento de Avaliação	Avaliação do Risco
A	98	Alto Risco
B	222	Baixo Risco
C	94	Alto Risco
D	148	Médio Risco
E	191	Médio Risco
F	183	Médio Risco
G	173	Médio Risco

Fonte: (Do autor, 2019).

No presente trabalho, não se teve a preocupação de conceituar o termo “risco sanitário”, uma vez que não era o objeto do estudo. Entretanto, ele é componente de grande relevância nas ações de VISA face ao impacto que pode ocasionar devido à ação discricionária do fiscal da VISA no momento em que norteia suas ações baseadas no senso comum e não em parâmetros técnicos científicos (ALVES, 2012).

Segundo Silva e Lana (2014), para avaliar o risco sanitário o profissional de VISA deve associar conhecimento técnico com a legislação pertinente, para que se possa obter controle de produtos e serviços relacionados à saúde humana em suas várias dimensões e propriedades.

Os resultados obtidos na avaliação do risco sanitário das sete ILPI participantes do estudo confirmam os dados anteriormente demonstrados ao longo desse trabalho. O nível de implementação da RDC ANVISA nº 283/2005 pelas instituições localizadas em Araruama, se encontra muito aquém do mínimo esperado, o que gera, possivelmente, impacto negativo na qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Para que se possa garantir a qualidade dos cuidados de longo prazo é necessária uma resposta eficaz dos órgãos de saúde pública, pois os idosos se encontram entre os grupos de indivíduos mais suscetíveis a riscos e agravos à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Esses resultados conversam com resultados obtidos por Carvalho (2014), que em seu estudo verificou que na cidade de Maceió (AL), as ILPI não atendiam as especificações da RDC nº 283/2005 e que caberia a VISA local o devido controle para minimizar os agravos à saúde dos idosos. Nesse mesmo sentido, Lima (2015), sinalizou que os dados encontrados em

João Pessoa (PB), impõem reflexões sobre necessidade de ações mais programáticas por parte das autoridades, uma vez que as ILPI participantes de seu estudo necessitavam de ajustes.

Por outro lado, em estudo realizado com sete ILPI, localizadas no município de Olinda (PE), Angelo, Silva e Lima (2011), demonstraram resultados mais animadores, tendo encontrado seis (85,7%) das instituições participantes devidamente licenciadas pela VISA local e uma (14,3%) em processo de licenciamento, além de todas estarem devidamente inscritas no Conselho Municipal do Idoso. Contudo cabe salientar que, os resultados obtidos por Angelo, Silva e Lima, não aferem às instituições uma avaliação do Risco Sanitário, pois as variáveis utilizadas no trabalho, não contemplavam todos os requisitos do Roteiro de Inspeção da RDC ANVISA n° 283/2005.

5 CONCLUSÃO

A análise dos dados obtidos nas inspeções sanitárias realizadas pela DIVISA, nas ILPI de Araruama, revelou que a totalidade das instituições participantes do presente trabalho são de caráter privado e, suas atividades permeiam a prestação de assistência à saúde dos idosos, caracterizando a natureza mista dessas instituições, que oferecem serviço de moradia e de cuidados específicos para os problemas decorrentes da senilidade.

A ideia do assistencialismo característico dos asilos de outrora, hoje não comporta nas ILPI, uma vez que nessas instituições existem idosos com diferentes graus de dependência e que necessitam de cuidados diários e contínuos de saúde, dispensados por equipe multiprofissional de saúde e cuidadores de idosos, devidamente treinados, e em número adequado, conseqüentemente, distanciando as ILPI do modelo asilar assistencial e transportando-a para uma nova realidade, agora sendo vista como estabelecimento de interesse à saúde.

Tal fato possui um lado negativo, pois a exemplo do que ocorre em Araruama, boa parte das ILPI são de iniciativa privada, tendo seus serviços destinados a uma pequena parcela da população idosa, que possui recursos financeiros disponíveis para efetuar a contratação dos mesmos. Não obstante, a falta de iniciativa do poder público em ofertar serviços de longa duração à parcela mais carente da sociedade não deveria ser espelhada pela VISA, com relação às ações de que promovam inspeções regulares desses espaços com a finalidade de garantir o cumprimento dos quesitos de qualidade e segurança dos idosos.

A avaliação das condições sanitárias e de funcionamento das ILPI à luz da RDC ANVISA nº 283/2005, realizado no presente trabalho, revelou um grande distanciamento entre o que está preconizado na norma e o que é executado pelas instituições existentes em Araruama. Mesmo com o avanço proporcionado pelas políticas de proteção a pessoa idosa, fica patente que existem falhas nas ações de fiscalização por parte dos órgãos de controle, e fragilidades na RDC ANVISA nº 283/2005, como por exemplo, a ausência de indicadores que contemple doenças respiratórias, que figuram como umas das maiores causas de internações de idosos. Entretanto, as possíveis falhas fiscalizatórias ou possíveis fragilidades da legislação, não deveriam ser objetos de motivação para o descumprimento das normas existentes por parte das ILPI, como pôde ser evidenciado com a ausência do envio dos relatórios consolidados de indicadores de saúde à DIVISA.

A ausência de profissionais capacitados e em número suficiente foi um dos pontos críticos ao qual os idosos são sujeitados, cuja motivação é o custo elevado para as ILPI ou mesmo por deliberada ação contrária à contratação da mão-obra, com vistas de auferir lucros. O fato se traduz em rotinas e procedimentos técnicos executados de maneira inadequada, ou mesmo não executados, acarretando no descumprimento das Boas Práticas direcionadas aos serviços de saúde, de alimentação e de processamento de roupas.

No diz respeito à infraestrutura, a maioria das instituições existentes no município não se encontravam adequadamente adaptadas para receber os idosos que ali residiam, sujeitando-os a quedas e ferimentos por contusões. Aqui, também pôde-se observar uma temerária ingerência dos responsáveis, uma vez que não havia projetos de arquitetura aprovados pela DIVISA, bem como projeto de segurança contra incêndio e pânico, aprovado pelo CBMERJ em nenhuma instituição participante do presente estudo. Ao final do ano de 2018, as condições de funcionamento das ILPI não tiveram grandes melhorias, mesmo com sucessivas visitas por parte da equipe, o que resultou em abertura de Processos Administrativos Fiscais, contra alguma das instituições, e envio de relatórios técnicos para o Ministério Público. Ao fim do exercício de 2018, as ILPI B, E e F cumpriram de maneira satisfatória a RDC ANVISA nº 283/2005, inclusive apresentando o Projeto Básico de Arquitetura para a DIVISA, tendo recebido então o Licenciamento Sanitário.

Por fim, além de ter traçado de forma pontual as principais características das ILPI no município de Araruama, demonstrando assim o nível de implementação das mesmas e as dificuldades encontradas no cumprimento da norma da ANVISA, pode-se concluir que o serviço de VISA deve ser bem estruturado para que se consiga efetuar o adequado monitoramento das instituições e executar serviço de educação em VISA, com foco nas Boas Práticas.

Assim sendo, espera-se que o presente trabalho possa fomentar discussões em nível local sobre a importância de uma VISA fortalecida, além de poder contribuir para um debate qualificado sobre o funcionamento das ILPI, servindo de subsídio para uma possível revisão da RDC ANVISA nº 283/2005, onde propõe-se inclusão de um indicador de hospitalização por doenças respiratórias, definição de um profissional de nível superior da área médica ou de enfermagem, como o responsável técnico e uma organização do roteiro de inspeção por blocos de inspeção, simplificando-o.

6 PRODUTO TECNOLÓGICO

Inicialmente pensou-se na elaboração de um relatório técnico como produto tecnológico, que seria remetido às ILPI, à DIVISA e ao gestor municipal, todavia, percebeu-se que a construção de um Manual de Boas Práticas em Serviços de Longa Permanência para Idosos, poderia ser uma contribuição melhor para que tenhamos num futuro, serviços mais adequados. Ficando o manual, como nossa contribuição às ILPI, para que alcancem cumprir a totalidade da RDC ANVISA nº 283/2005.

REFERENCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **INSTRUÇÃO NORMATIVA - IN n° 16, DE 26 DE ABRIL DE 2017**, 26 abr. 2017. Dispõe sobre a lista de Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE classificadas por grau de risco para fins de licenciamento sanitário. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/IN_16_2017_.pdf/e721c3cd-2fcc-40f9-9e22-6e62d751328c. Acesso em: 11 out. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **RDC ANVISA n° 283 de 26 de Setembro de 2005**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos, de caráter residencial, na forma do anexo desta resolução. Brasília: ANVISA, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html. Acesso em: 6 abr. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **RDC ANVISA n° 51 de 06 de Outubro de 2011**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para a análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2011. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2954239/RDC_51_2011_COMP.pdf/e0720f17-70fc-4eb8-b89f-acc025bdf661. Acesso em: 3 ago. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **RDC n° 50 de 21 de Fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: ANVISA, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html. Acesso em: 3 ago. 2019.

ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (ed.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

ALVES, M. B. *et al.* Long-stay institutions for the elderly: physical-structural and organizational aspects. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, 17 ago. 2017.

ALVES, M. R. A caracterização do risco sanitário nos processos administrativos da vigilância sanitária. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 1, n. 2, p. 87, 20 dez. 2012.

ANGELO, B. H. DE B.; SILVA, D. I. B. E; LIMA, M. DO A. S. Avaliação das instituições de longa permanência para idosos do município de Olinda-PE. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 663–673, 2011.

ARARUAMA. **Lei Complementar n° 013, de 01 de agosto de 1997**. Institui o Código de Vigilância Sanitária do município de Araruama. Araruama, RJ 01 out. 1997. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/14w80-jNly74NOLbSPJTBgcUoIhWPmiwY/view?usp=sharing>. Acesso em: 12 dez. 2018.

ARARUAMA. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Vigilância Sanitária. **Ordem de Serviço**: determina servidores para inspecionar ILPI em atendimento a Ofício do MP. Araruama: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

ARARUAMA. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Vigilância Sanitária. **Relatório de ações efetuadas no exercício de 2015**. Araruama: Secretaria Municipal de Saúde, 2015.

ARARUAMA. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Vigilância Sanitária. **Relatório de ações efetuadas no exercício de 2016**. Araruama: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

ARARUAMA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017**. Araruama: Secretaria Municipal de Saúde, 2013. Disponível em: http://www.araruama.rj.gov.br/transparencia/galeria/arquivos_saude/c5e7d2f8ad65c146ea4a9110163bfdded.pdf. Acesso em: 12 dez. 2018.

ARAÚJO, C. L. DE O.; SOUZA, L. A. DE; FARO, A. C. M. E. Trajetória das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. **HERE - História da Enfermagem Revista Eletrônica**, v. 1, n. 2, p. 250–262, 2010.

ARAÚJO, M. O. P. H. DE; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 378–385, set. 2007.

AROUCA, S. **Depoimento sobre a reforma sanitária**. Disponível em: <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 22 nov. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 13994**: elevadores elétricos - elevadores para transporte de pessoa portadora de deficiência. São Paulo: ABNT, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 7192**: elevadores elétricos - elevadores de passageiros, elevadores de carga, monta-cargas e elevadores de maca - projeto, fabricação e instalação. São Paulo: ABNT, 1998.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 9050**: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. São Paulo: ABNT, 2004.

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE TÓRAX. **Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales**. El impacto global de la Enfermedad Respiratoria. Segunda edición. México, 2017. Disponível em:

https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_POR.pdf

BANHATO, E. F. C. *et al.* Atividade física, cognição e envelhecimento: estudo de uma comunidade urbana. **Psicologia: teoria e prática**, v. 11, n. 1, p. 76–84, jun. 2009.

BARROSO, M. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de->

noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017. Acesso em: 6 abr. 2019.

BRASIL, C. N. S. S. **A Gestão do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 24 jul. 2019.

BRASIL. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 ago. 1977. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6437.htm. Acesso em: 11 out. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/leis/8080.pdf>. Acesso em: 11 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: MS, 22 fev. 2006. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 11 out. 2018.

BRASIL. Senado Federal. **Estatuto do Idoso**: dispositivos constitucionais pertinentes - Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003 - normas correlatas - índice temático. Brasília: Senado Federal, 1 out. 2003. Disponível em:

<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70326/672768.pdf?sequence=2>. Acesso em: 19 fev. 2018.

CAMARANO, A. A. (ed.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, A. A. *et al.* As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (ed.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010. Cap. 7.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 27, n. 1, p. 233–235, jun. 2010.

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

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CIELO, P. F. L. D.; VAZ, E. R. DE C. A legislação brasileira e o idoso. **Revista CEPPG**, v. 21, p. 33–46, fev. 2009.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. Informe sobre a aplicação da Estratégia regional de implementação para América Latina e Caribe do Plano de Ação Internacional de Madri sobre o envelhecimento. **CEPAL**. Chile, 2007. Disponível em: <https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/brasil.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Legislação do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2003.

COSTA, E. A. **Vigilância sanitária: temas para debate**. Bahia: EDUFBA, 2009.

COSTA, M. C. N. S.; MERCADANTE, E. F. O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 209–222, mar. 2013.

COVEM, E. M. Descentralização das ações de vigilância sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3318–3328, nov. 2010.

CRUZ, Cíntia *et al.* Doença alérgica respiratória no idoso. **Rev Port Imunoalergologia**, Lisboa, v. 26, n. 3, p. 189-205, Sept. 2018. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-97212018000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 Jan. 2020.

DALLARI, S. G.; VENTURA, D. D. F. L. O princípio da precaução: dever do Estado ou protecionismo disfarçado? **São Paulo em Perspectiva**, v. 16, n. 2, p. 53–63, jun. 2002.

LIMA, R. J. Perfil das Instituições de Longa Permanência Para Idosos (ILPI) na região metropolitana do município de João Pessoa/PB. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 4., 2015. Campina Grande, PB. **Anais CIEH**. Campina Grande, PB: CEMEP; UEPB, v. 2, 2015. p. 10.

SOUZA, M. C. M. R. *et al.* Instituições de longa permanência para idosos: a distribuição espacial na região metropolitana de Belo Horizonte. **Revista Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 12, n. 2, p. 68–73, 2018.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 2, p. 317–325, jun. 2007.

FERNANDES, L. A.; GOMES, J. M. M. Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação. **ConTexto**, v. 3, n. 4, 2003.

FERREIRA, K. C. M. A. *et al.* Monitoramento de indicadores de saúde em Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 4, n. 3, 30 ago. 2016.

GOMES, L. F. **Que se entende por Estado de Bem-Estar social?** Disponível em: <http://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/36133/que-se-entende-por-estado-de-bem-estar-social>. Acesso em: 10 dez. 2019.

GORDILHO, A. *et al.* **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso.** Rio de Janeiro: UnATI; UERJ, 2000.

GORZONI, M. L.; PIRES, S. L. Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 18–23, 2006.

GUIMARÃES, E. C. Reflexão sobre a velhice. **CES Revista**, v.21, p. 11-23, 2007.

GUIMARÃES, R.; ANGULO-TUESTA, A. (ed.). **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

HUENCHUAN, S. **Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores.** Chile: Naciones Unidas, 2007-2013. p. 100, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados censitários de Araruama.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/araruama/panorama>. Acesso em: 6 abr. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. PNAD Contínua: número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. **Agência de Notícias IBGE**, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 6 abr. 2019a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população brasileira.** Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm. Acesso em: 6 abr. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos: Região Sudeste.** Brasília: IPEA, 2010. v. 5.

LACERDA, T. T. B. DE *et al.* Characterization of long-term care facilities for the elderly in the metropolitan region of Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 6, p. 743–753, dez. 2017.

LAFERRIÈRE, É. **Traité de la juridiction administrative et des recours contentieux: tome 2.** Paris: Berger-Levrault, 1986.

LIMA E COSTA, M. F. F. *et al.* Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do Sus**, v. 9, n. 1, p. 43–50, mar. 2000.

LUZ, M. T. Saúde: origens etimológicas do termo. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sau.html>. Acesso em: 22 nov. 2019.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 77–92, mar. 2014.

NÓBREGA, I. R. A. P. DA *et al.* Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde debate**, v. 39, n. 105, p. 536–550, jun. 2015.

NOTARI, M. H. A.; FRAGOSO, M. J. M. M. A inserção do Brasil na política internacional de direitos humanos da pessoa idosa. **Rev. direito GV**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 259-276, June 2011. Acessado em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322011000100013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 dez. 2019.

OLIVEIRA, C. M. DE; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 255–267, mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento**, 2002/ONU. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração de Brasília**, 2008. Disponível em: <http://www.rcdh.ufes.br/sites/default/files/Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Bras%C3%ADlia%202008.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2019.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1819–1829, nov. 2007.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15–36, mar. 2014.

PASINATO, M. T. M.; KORNIS, G. E. M. **Cuidados de longa duração para idosos: um novo risco para os Sistemas de Seguridade Social**. Rio de Janeiro: IPEA, 2009. (Texto para Discussão, n. 1371).

PINTO, S. P. L. DE C.; SIMSON, O. R. DE M. V. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: sumário da legislação. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 169–174, 2012.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 318–325, 1995.

PIUVEZAM, G. *et al.* Atenção primária à saúde e os idosos institucionalizados: a perspectiva da gestão municipal no Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 92–100, jan. 2016.

PONTES, H. M. M. **Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acesso em: 6 abr. 2019.

RIO DE JANEIRO (Estado). **RESOLUÇÃO SES N° 1058, de 06 de novembro de 2014**. Define competências de ações de vigilância sanitária no âmbito do estado do rio de janeiro e dá outras providências. Disponível em: <http://www.legislacaodesaude.rj.gov.br/cat-reolucoes/4387-resolucao-ses-n-1058-de-06-de-novembro-de-2015.html?highlight=WzEwNThd>. Acesso em: 22 nov. 2019.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Resolução SES N° 562, de 26 de março de 1990**. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de alimentos, do comércio de drogas insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes domissanitários e o controle sanitário das construções em geral pelas Secretarias Municipais de Saúde. Estado do Rio de Janeiro, SES: 1990.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Resolução SES N° 1262, de 08 de dezembro de 1998**. Delega competência de ações de vigilância sanitária de estabelecimentos de interesse à saúde pública. Disponível em: <http://www.legislacaodesaude.rj.gov.br/cat-reolucoes/6123-resolucao-ses-n-1262-de-08-de-dezembro-de-1998.html?highlight=WzEyNjJd>. Acesso em: 22 nov. 2019.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Resolução SESDEC n° 1335, de 13 de agosto de 2010**. Aprova os parâmetros para estruturação da vigilância em saúde no âmbito do estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.legislacaodesaude.rj.gov.br/cat-reolucoes/5395-resolucao-sesdec-n-1335-de-13082010.html?highlight=WzEzMzVd>. Acesso em: 22 nov. 2019.

ROEDER, M. A. **Roteiro de Inspeção para Funcionamento das Instituições de Longa Permanência de Idosos**. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/component/phocadownload/category/82?download=547:roteiro-de-inspecao-instituicao-longa-permanencia-idosos-1&highlight=WyJyb3RlaXJvIiwZGUlLCJpbnNwZWVhbyIsInJvdGVpcm8gZGUlLCJyb3RlaXJvIGRIIGluc3BIXHUwMGU3XHUwMGUzbyIsImRIIGluc3BIXHUwMGU3XHUwMGUzbyJd>. Acesso em: 22 nov. 2018.

ROZENFELD, S. (org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

SILVA, A. V. F. G.; LANA, F. C. F. Significando o risco sanitário: modos de atuação sobre o risco na vigilância sanitária. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 2, n. 2, p. 145/112, 29 maio 2014.

SILVA, C. R. C. E.; MENDES, R.; NAKAMURA, E. A dimensão da ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 32–41, 2012.

SILVA, E. C. DA; PELICIONI, M. C. F. Participação social e promoção da saúde: estudo de caso na região de Paranapiacaba e Parque Andreense. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 563–572, fev. 2013.

SILVA, J. A. A.; COSTA, E. A.; LUCCHESI, G. SUS 30 anos: Vigilância Sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1953–1961, jun. 2018.

TEIXEIRA, J. J. M. Perfil de internação de idosos. **Clínica Médica**, v. 5, n. 1, p. 6, 2017.

VILLAS BÔAS, P. J. F.; FERREIRA, A. L. DOS A. Infecção em idosos internados em instituição de longa permanência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 2, abr. 2007.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

10. Recursos Humanos (Solicitar documento que comprove carga horária)	Quantidade		Observações (Detalhar carga horária)	
	Com vínculo formal	Voluntários (informal)		
Administrador				
Administrativos (secretária e outros)				
Médico				
Enfermeiro				
Assistente Social				
Psicólogo				
Fisioterapeuta				
Terapeuta Ocupacional				
Nutricionista				
Farmacêutico				
Cirurgião-dentista				
Técnico e Auxiliar de Enfermagem				
Outros Profissionais de saúde (especificar):				
Cuidadores de idosos OBS: Considerar como cuidador aqueles que a instituição indicar como tendo essa função.			Escolaridade dos cuidadores:	
Limpeza/Serviços Gerais (lavanderia, manutenção, motorista, etc.)				
Cozinha				
Outros (especificar):				
Total:				
CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA (quantificar)			Homens	Mulheres
11. Capacidade instalada (quantidade planejada de residentes)				
12. Quantidade de residentes no dia da avaliação				
13. Existem residentes com menos de 60 anos? Motivos: _____				
14. Grau de dependência I (idosos independentes mesmo que usem equipamentos de auto-ajuda)				
15. Grau de dependência II (idosos com dependência em até três atividades da vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada)				
16. Grau de dependência III (idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de auto-cuidado para a vida diária e ou comprometimento cognitivo)				
			Sim	Não
17. A instituição realiza visita ao idoso/família antes de sua admissão?				



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

18. Há idosos com distúrbio cognitivo ou psiquiátrico?				
19. Há idosos em uso de sonda para alimentação? (nasogástrica, gastrostomia, etc.)				
20. Há idosos portadores de feridas crônicas? (úlceras vascular, úlcera de pressão/escara, pé diabético, outras)				
21. Há idosos dependentes de oxigenoterapia? (em uso de oxigênio)				
22. Há idosos com ventilação mecânica?				
23. Há idosos sob cuidado de serviços de atenção domiciliar (<i>home care</i>)?				
24. Há idosos com sonda vesical ou coletor de urina?				
25. Há idosos com diagnóstico ou em tratamento de câncer?				
26. Há idosos com diabetes ou hipertensão?				
27. Outras patologias (Citar):				
28. Onde os residentes são atendidos conforme Plano de Atenção à Saúde (assinalar as opções utilizadas)				
A [] Centro de Saúde público (SUS)				
B [] Equipe de Saúde da Família (SUS)				
C [] Serviços/profissionais particulares (plano de saúde ou pagos pelo residente/família)				
D [] Hospital público (SUS)				
E [] Serviço próprio da ILPI (profissionais de saúde da própria instituição)				
Qual dessas opções (a, b, c, d ou e) é a mais utilizada? _____				
Observações:				
CONDIÇÕES GERAIS E PROCESSOS OPERACIONAIS	Item	Sim	Não	Não Aplic.
29. A instituição possui contrato formal de prestação de serviço com o residente ou seu responsável legal ou curador?	I			
30. O funcionamento da instituição está sob responsabilidade técnica de profissional de nível superior, com carga horária mínima de 20 horas por semana?	I			
31. A instituição possui:				
a. Estatuto Registrado?	I			
b. Contrato Social?	I			
c. Inscrição do seu programa junto ao Conselho do Idoso?	I			
d. Regimento Interno?	I			
e. Registro de Entidade Social?	I			
32 Existe contrato formal com os seguintes serviços terceirizados:				
a. alimentação	N			
b. limpeza	N			
d. lavanderia	N			



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

f. outros (especificar)				
33 Os serviços terceirizados possuem alvará de licenciamento atualizado?	I			
34 A instituição atende às condições gerais estabelecidas na RDC nº 283/2005? OBS: Observar os idosos, avaliar o Regimento interno, observar o Plano de Atenção à saúde, observar fotos, cartazes na instituição sobre programações realizadas na instituição, entre outros.	I			
35 Existe a garantia de visita aberta?	I			
36 Existe registro atualizado de cada idoso? OBS: Verificar por amostragem a existência dos registros/anotações sobre o idoso em conformidade com o estabelecido no Art. 50, inciso XV, da Lei 10.741 de 2003 "Manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, parentes, endereços, cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições e suas alterações, se houver, e demais dados que possibilitem a sua identificação e a individualização do atendimento."	I			
37 A instituição tem Plano de Trabalho conforme item 5.1.1 da RDC 283 e artigo 48 do Estatuto?	I			
38 A instituição comunica à Secretaria Municipal de Assistencial Social ou congênere, bem como ao Ministério Público, a situação de abandono familiar ou a ausência de identificação civil?	I			
39 Os equipamentos, produtos, mobiliários e utensílios estão disponíveis, em quantidade suficiente, em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem e de acordo com a legislação vigente?	I			
40 Existem equipamentos de auto-ajuda e materiais em condições de uso em quantidade suficiente para atender à necessidade dos residentes, de acordo com o grau de dependência? OBS: Equipamento de Auto-Ajuda - qualquer equipamento ou adaptação, utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como bengala, andador, óculos, aparelho auditivo, prótese odontológica e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada.	N			
Observações: Item 30 – Formação do RT: Conselho do RT, se houver:				
RECURSOS HUMANOS	Item	Sim	Não	Não Aplic.
41 Dimensionamento da equipe de cuidadores de idosos: OBS: Considerar como cuidador aqueles que a instituição indicar como tendo essa função.				
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. Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.	I			
d. Os cuidadores possuem capacitação formal? OBS: Verificar comprovação da capacitação formal	I			
42 Para as atividades de lazer: um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana.	I			
43 Para serviços de limpeza: um profissional para cada 100m ² de área interna ou fração por turno diariamente.	I			
44 Para o serviço de alimentação: um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas.	I			
45 Para o serviço de lavanderia: um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente.	I			



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

46 Há política de educação permanente, especialmente na área de gerontologia?	N			
47 Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe estão registrados e estão legalizados nos mesmos?	I			
Observações: Item 41 – Quantos cuidadores tem capacitação formal: Item 42 – Formação do profissional de lazer:				
48 A instituição possui, mantém disponível e implementa as rotinas técnicas do processamento de roupas de uso pessoal e coletivo?	N			
49 Os saneantes usados estão regularizados junto a ANVISA?	I			
50 Existem luvas, avental impermeável e botas para os funcionários da lavanderia?	N			
51 Com que frequência é trocada a roupa de cama? Especifique:				
52 Existe quantidade de roupas suficiente para a demanda?	N			
53 A Instituição possibilita aos idosos independentes efetuarem todo o processamento de roupas de uso pessoal? OBS: Observar se há área e recursos para que os idosos independentes que assim o desejarem efetuem o processamento de roupas de uso pessoal.	N			
54 A instituição garante a privacidade do uso da roupa pessoal? As roupas estão identificadas?	N			
Observações:				
ALIMENTAÇÃO	Item	Sim	Não	Não Aplic.
55 A instituição segue o estabelecido na RDC nº. 216/2004 que dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação no que se refere a: manipulação, preparação, fracionamento dos alimentos; armazenamento dos alimentos; transporte dos alimentos (interno e externo); distribuição dos alimentos.	I			
56 A instituição possui normas e rotinas técnicas para o serviço de alimentação incluindo: limpeza e descontaminação dos alimentos; armazenagem de alimentos; preparo dos alimentos com enfoque nas boas práticas; boas práticas para prevenção e controle de vetores; acondicionamento de resíduos.	N			
57 É assegurado aos idosos o fornecimento de alimentação, respeitando os aspectos relacionados à saúde (como dietas especiais) e culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias?	I			
58 Existe cardápio de dietas especiais que atenda à necessidade dos idosos elaborado e assinado por Nutricionista?	I			
59 O responsável pelas atividades de manipulação dos alimentos e os manipuladores de alimentos são comprovadamente capacitados, de acordo com a RDC nº 216/2004? OBS: Verificar se capacitação do responsável abordou, no mínimo, os seguintes temas: Contaminantes alimentares; Doenças transmitidas por alimentos; Manipulação higiênica dos alimentos; Boas Práticas. OBS: Verificar se a capacitação dos manipuladores é realizada periodicamente e se aborda os seguintes conteúdos: higiene pessoal, manipulação higiênica dos alimentos e doenças transmitidas por alimentos	N			
Observações:				



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SAÚDE	Item	Sim	Não	Não Aplic.
60 A instituição tem um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes contemplando, no mínimo, 3 aspectos (acesso, resolubilidade e humanização), elaborado a cada dois anos, avaliado anualmente e implantado?	I			
61 São realizados procedimentos invasivos? (p.ex.: passagem de sonda vesical de demora ou enteral, injetáveis, aspiração, dentre outros)	Inf			
62 Sobre o Plano de Atenção à Saúde:				
a. É compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade?	I			
b. Indica 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?	I			
c. Prevê a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção?	I			
d. Contém informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes?	I			
63 A unidade, em caso de intercorrência médica, dispõe de um serviço de remoção e providencia o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no Plano de Atenção à Saúde e comunica a sua família ou representante legal? OBS: considerar também a utilização do SAMU. Se utilizar SAMU, colocar essa informação no campo "observações"	I			
64 O serviço de remoção é terceirizado?	Inf			
65 A instituição dispõe de rotinas e procedimentos escritos e implantados, referentes aos cuidados com os idosos?	N			
66 Os medicamentos em uso pelos idosos estão sob responsabilidade do Responsável Técnico - RT da instituição, respeitados os regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e administração?	I			
67 Os medicamentos controlados estão acondicionados em armários fechados com chaves ou equivalentes?	I			
68 Os medicamentos estão dentro do prazo de validade?	I			
69 Há prescrição médica para todos os medicamentos encontrados na instituição?	I			
70 Informa aos órgãos competentes a ocorrência de Doenças de Notificação Compulsória? OBS: A instituição mantém registro sobre doenças de notificação compulsória. (equipe de saúde responsável pelos residentes informa as Doenças de Notificação Compulsória). Conforme a Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006.	I			
71 A instituição informa aos órgãos competentes a ocorrência de eventos sentinela (queda com lesão e tentativa de suicídio)?	I			
72 A instituição comprova, quando solicitada, a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização do Ministério da Saúde? OBS: Verificar se há registros de imunização: Gripe, Pneumonia, DT (Difteria e Tétano).	N			
73 A instituição comprova a inscrição do residente no Serviço de Saúde mais próximo ou em Plano de Saúde?	R			
74 Os residentes com patologia de saúde mental estão participando dos programas de Saúde Mental?	N			



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

75 Existe o acesso a um cirurgião-dentista quando necessário?	I			
Observações:				
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO				
76 Calcula, avalia e encaminha para a vigilância sanitária local os indicadores mensais estabelecidos na RDC nº 283/2005?				
a. Taxa de mortalidade - (Número de óbitos de idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]	N			
b. Incidência de doença diarreica aguda - (Número de novos casos de doença diarreica aguda em idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]	N			
c. Incidência de escabiose - (Número de novos casos de escabiose em idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]	N			
d. Incidência de desidratação - (Número de idosos que apresentaram desidratação / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]	N			
e. Taxa de prevalência de úlcera de decúbito - (Número de idosos residentes apresentando úlcera de decúbito no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]	N			
f. Taxa de prevalência de desnutrição - (Número de idosos residentes com diagnóstico de desnutrição no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]	N			
Observações				
INFRA-ESTRUTURA FÍSICA				
77 Realiza limpeza dos reservatórios de água e controle microbiológico da qualidade da água? OBS: verificar registros e periodicidade no mínimo trimestral.	I			
78 Os efluentes são lançados na rede pública de coleta e tratamento de esgoto?	Inf			
79 Oferece instalações físicas em condições de habitabilidade (temperatura, odores, umidade, entre outros), higiene e salubridade? Verificar a existência de ralos escamoteáveis, manutenção e limpeza do ambiente interno e externo (jardim e proteção da caixa de água e outros), registros de limpeza, desratização, descupinização, desinsetização, entre outros.	I			
Sobre os ambientes e dimensões				
80 Possui 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. Os dormitórios são dotados de luz de vigília e campainha de alarme?	I			
d. Existe uma distância mínima de 0,80 m entre duas camas?	I			
e. Existe cama com grade de proteção?	R			
81 O banheiro possui área mínima de 3,60 m ² , com 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro, sem desnível em forma de degrau para conter a água e sem o uso de revestimentos que produzam brilhos e reflexos?	I			
82 Há áreas para o desenvolvimento das atividades voltadas aos residentes com graus de dependência I e II ?	N			
a. Há sala para atividades coletivas para no máximo 15 residentes, com área mínima de 1,0 m ² por pessoa?	N			



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

b. Há sala de convivência com área mínima de 1,3 m ² por pessoa?	N			
c. Há sala para atividades de apoio individual e sócio-familiar com área mínima de 9,0 m ² ?	N			
83 Há 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?	N			
84 As portas dos compartimentos internos dos sanitários coletivos têm vãos livres de 0,20m na parte inferior?	N			
85 Há espaço ecumênico ou para meditação?	R			
86 Há sala administrativa ou de reunião?	R			
87 Há 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			
88 Há cozinha e despensa?	N			
89 Há lavanderia com área específica para o desenvolvimento dessa atividade?	N			
a. Há separação de fluxos (entrada e saída de roupas)?	N			
b. Há local para guarda de roupas de uso coletivo?	N			
c. Possui área para recepção da roupa?	N			
d. Possui área para lavagem?	N			
e. Possui vestiário e banheiro exclusivo para funcionário deste setor?	R			
90 Há local para guarda de material de limpeza?	N			
91 Há almoxarifado indiferenciado com área mínima de 10,0 m ² ?	N			
92 Há vestiário e banheiro para funcionários, separados por sexo?	N			
a. O banheiro possui área mínima de 3,6 m ² , contendo 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 10 funcionários ou fração?	N			
b. A Área de vestiário possui área mínima de 0,5 m ² por funcionário/turmo?	N			
93 Há lixeira ou abrigo externo à edificação para armazenamento de resíduos até o momento da coleta?	N			
94 Há área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre (solarium com bancos, vegetação e outros)?	N			
95 Os colchões e travesseiros são revestido de material impermeável de fácil limpeza e higienização?	I			
96 A instituição mantém identificação externa e visível? OBS: artigo 37 parágrafo 2º da lei 10741/2003. Verificar o Artigo 62 da Lei 10741/2003.	I			
97 As instalações físicas garantem a segurança, integridade física e acessibilidade? OBS: Verificar as condições de segurança em caso de incêndio: extintores e sua validade, sinalização, vias de escape, escada de incêndio, porta resistente ao fogo e outros. Verificar a existência de placas de sinalização, orientação, sirenes, luzes indicadoras e outros.	I			
98 Existem, no mínimo, duas portas de acesso externo, sendo uma exclusivamente de serviço?	I			



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

99 Os pisos externos e internos (inclusive as rampas e escadas) são de fácil limpeza e conservação, uniformes, com ou sem juntas e com mecanismo antiderrapante?	I			
100 As rampas e escadas favorecem a acessibilidade, possuem, no mínimo, 1,20m de largura, corrimão e sinalização?	I			
101 As circulações internas principais possuem largura mínima de 1,00m?	I			
a. As circulações internas secundárias possuem largura mínima de 0,80m; contando com luz de vigília permanente?	I			
b. As circulações internas com largura maior ou igual a 1,50 m possuem corrimão dos dois lados? OBS: As circulações com largura menor que 1,50 m podem possuir corrimão em apenas um dos lados.	I			
102 O projeto físico do estabelecimento foi aprovado pelos órgãos competentes?	I			
103 Realiza manutenção predial preventiva e corretiva?	R			



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO DO ÍTEM	NOTA ATRIBUÍDA AO ÍTEM
I – imprescindível	Nota – 3
N – necessário	Nota – 2
R – recomendável	Nota – 1

QUESITOS PONTUÁVEIS	IMPRESCINDÍVEL (I)	NECESSÁRIO (N)	RECOMENDÁVEL (R)
Condições gerais	14	4	--
Recursos humanos	10	6	--
Alimentação	3	2	--
Saúde	13	3	1
Monitora e avaliação do funcionamento	--	6	--
Infra estrutura	18	20	5
Número total de itens	58	41	6
Total com base no valor do indicativo de qualidade	174	82	6
Total de pontos obtidos no instrumento	262 (100% dos quesitos respondidos de forma positiva)		

GRAU DE RISCO PARA SAÚDE	% UTILIZADO	PONTUAÇÃO
Alto (ruim)	Até 49%	Até 130
Médio (regular)	Entre 50% a 79%	131 a 209
Baixo (bom)	Entre 80 e 100%	210 a 262

**ANEXO 2 – ROTEIRO DE INSPEÇÃO PROPOSTO PELA PROFESSORA MAIKA
ARNO ROEDER DA SES/SC**



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
GERÊNCIA DE ORIENTAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

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.

BASEADO NA RESOLUÇÃO

**RESOLUÇÃO ANVISA/DC Nº 283, DE 26 DE
SETEMBRO DE 2005.**

Inspeção em Instituições de Longa Permanência para Idosos

Instrumento 1

FOLHA INICIAL	✓ CAPA DE APRESENTAÇÃO

FOLHA 3	✓ IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
	✓ DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

FOLHA 4	✓ CONDIÇÕES GERAIS
	✓ ORGANIZAÇÃO

FOLHA 5	✓ RECURSOS HUMANOS

FOLHA 6	✓ INFRA-ESTRUTURA-FÍSICA

FOLHA 9	✓ PROCESSOS OPERACIONAIS

FOLHA 10	✓ SAÚDE

	✓ ALIMENTAÇÃO
FOLHA 11	✓ LAVAGEM, PROCESSAMENTO DE ROUPAS E GUARDA DE ROUPAS.
	✓ LIMPEZA

	✓ NOTIFICAÇÃO COMPÚLSÓRIA
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
1) RAZÃO SOCIAL: NOME FANTASIA: LICENÇA SANITÁRIA N.º DATA EXPEDIÇÃO: -----/-----/-----	CNPJ: VALIDADE: -----/-----/-----.
2) ENDEREÇO: BAIRRO / DISTRITO: MUNICÍPIO: TELEFONE: FAX:	CEP: CÓDIGO: E-MAIL:
3) INÍCIO DAS ATIVIDADES:	
4) COORDENADOR GERAL CPF:	
5) RESPONSÁVEL TÉCNICO: _____	Nº CONSELHO: CPF:
(4.5.3.1) O Responsável Técnico deve possuir formação de nível superior	
6) NATUREZA JURÍDICA: PÚBLICA: () MUNICIPAL () ESTADUAL () FEDERAL () PRIVADA () FILANTRÓPICA ()	
7) CAPACIDADE INSTALADA: MASC.() FEM.()	
8) 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 1			
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:	I			
	a) Estatuto registrado;	I			
	b) Registro de entidade social;	I			
	c) Regimento Interno.	I			

ITEM DA NORMA	CONDIÇÕES GERAIS	PC	SIM	NÃO	PONTU AÇÃO
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			
	16. A instituição possui serviços terceirizados de:				
	a) alimentação				
4.5.6	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>				
	a) Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;	I			
4.6.1.2	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			

ITEM DA NORMA	CONDIÇÕES GERAIS		PC	SIM	NÃO	PONTUAÇÃO
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		Número p/categ			
	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	INFRA-ESTRUTURA FÍSICA					
4.7.1	18.O projeto arquitetônico de toda a construção, reforma ou adaptação foi aprovado pela autoridade sanitária competente.		I			

ITEM DA NORMA	CONDIÇÕES GERAIS	PC	SIM	NÃO	PONTU AÇÃO
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			

ITEM DA NORMA	CONDIÇÕES GERAIS	PC	PONTU		AÇÃO
			SIM	NÃO	
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 m2, incluindo área para guarda de roupas e pertences do residente.	I			
	b) Os dormitórios de 02 a 04 pessoas possuem área mínima de 5,50m2 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 m2 por pessoa b) Sala de convivência com área mínima de 1,3 m2 por pessoa	N N			
4.7.7 .3	32.Sala para atividades de apoio individual e sócio familiar com área mínima de 9,0 m2	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			

ITEM DA NORMA	CONDIÇÕES GERAIS	PC	PONTUAÇÃO		
			SIM	NÃO	ACAO
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			

ITEM DA NORMA	CONDIÇÕES GERAIS	PC	PONTU		AÇÃO
			SIM	NÃO	
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 médica, 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			

ITEM DA NORMA	CONDIÇÕES GERAIS	PC	SIM	NÃO	PONTU AÇÃO
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 n°. 216/2004 que dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação.	I			
	62 - A instituição mantém disponível normas e rotinas técnicas quanto aos seguintes procedimentos:	N			
5.3.3	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: a) lavar, secar, passar e reparar as roupas; b) guarda e troca de roupas de uso coletivo	N			
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			

ITEM DA NORMA	CONDIÇÕES GERAIS		PC	SIM	NÃO	PONTU AÇÃO
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 n°. 49.974-A - de 21 de janeiro de 1961, Portaria N° 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			
7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES						
N°	INDICADOR	FÓRMULA E UNIDADE	FREQUÊNCIA DE PRODUÇÃO			
1	Taxa de mortalidade em idosos residentes	(Número de óbitos de idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês) $\times 100$ [%]	Mensal			
2	Taxa incidência ² de doença diarreica aguda ³ em idosos residentes	(Número de novos casos de doença diarreica aguda em idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês) $\times 100$ [%]	Mensal			
3	Taxa de incidência de escabiose ⁴ em idosos residentes	(Número de novos casos de escabiose em idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês) $\times 100$ [%]	Mensal			
4	Taxa de incidência de desidratação ⁵ em idosos residentes	(Número de idosos que apresentaram desidratação / Número de idosos residentes no mês) $\times 100$ [%] (Número de idosos que apresentaram desidratação / Número de idosos residentes no mês) $\times 100$ [%]	Mensal			
5	Taxa de prevalência ⁶ de úlcera de decúbito em idosos residentes	(Número de idosos residentes apresentando úlcera de decúbito no mês / Número de idosos residentes no mês) $\times 100$ [%]	Mensal			
6	Taxa de prevalência de desnutrição ⁷ em idosos residentes	(Número de idosos residentes com diagnóstico de desnutrição no mês / Número de idosos residentes no mês) $\times 100$ [%]	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 causada 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

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

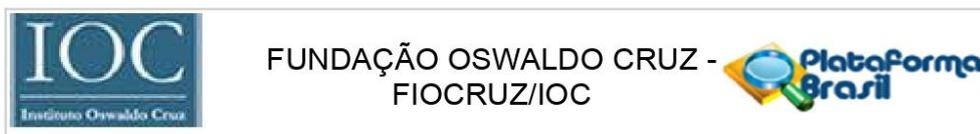
INDICATIVO DO PADRÃO DE CONFORMIDADE	
IMPRESINDÍVEL	NOTA 3
NECESSÁRIO	NOTA 2
RECOMENDÁVEL	NOTA 1

CONSOLIDADO DOS PONTOS POR PROCEDIMENTO			
PROCEDIMENTOS	IMPRESINDÍVEL	NECESSÁRIO	RECOMENDÁVEL
CONDIÇÕES GERAIS	2	5	3
ORGANIZAÇÃO	6	1	0
RECURSOS HUMANOS	8	1	0
INFRA-ESTRUTURA 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 COMPÚLSÓRIA	2	0	0
TOTAL	49	32	12
TOTAL COM BASE NO VALOR DO INDICATIVO DE QUALIDADE	147	64	12
MÁXIMO PONTOS OBTIDOS INSTRUMENTO	223 (100%)		

GRAU DE RISCO PARA A SAÚDE	% UTILIZADO	PONTUAÇÃO
ALTO (RUIM)	ATÉ 49 %	≅ ATÉ 110
MÉDIO (REGULAR)	DE 50 % A 79%	≅ 111 A 176
BAIXO (BOM)	ACIMA DE 80%	≅177 A 223
EXCELENTE	100%	223

Maika Arno Roeder
 Profissional responsável pela elaboração do instrumento
 2005

APÊNDICE – PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP/FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Instituições de Longa Permanência de Idosos: perfil dos serviços prestados e condições sanitárias das Instituições no Município de Araruama - RJ.

Pesquisador: ANTONIO EUGENIO CASTRO CARDOSO DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 99287018.8.0000.5248

Instituição Proponente: Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.020.864

Apresentação do Projeto:

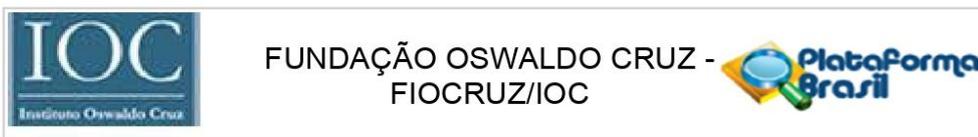
O projeto de Pesquisa – “Instituições de Longa Permanência de Idosos: perfil dos serviços prestados e condições sanitárias das Instituições no Município de Araruama – RJ” não é um estudo internacional, nem multicêntrico e não haverá retenção de amostras para retenção em banco.

- Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos etc.). Detalhamento – Roteiro de inspeção preenchidos pela Divisão de Vigilância Sanitária (DIVISA) / Relatório de inspeção elaborados pela DIVISA / Relatório administrativo de indicadores de saúde elaborados pelas ILPIs e entregues à DIVISA / Não serão utilizados prontuários para obtenção de dados.

- Propõe dispensa de TCLE. Justificativa – A pesquisa se dará por análise de dados secundários provenientes de base de dados da Vigilância Sanitária. Não será aplicado questionário às instituições e não ocorrendo nenhum contato direto com os idosos residentes nas instituições.

Critério de Inclusão - Para que a ILPI seja incluída no estudo, deverá ter sido inspecionada pela equipe da DIVISA no biênio 2017/2018 conforme as metas pactuadas anualmente, utilizando o roteiro de inspeção baseado na Resolução RDC ANVISA, Nº 283/2005.

Endereço: Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Expansão)
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-360
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3882-9011 **Fax:** (21)2561-4815 **E-mail:** cepfiocruz@ioc.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.020.864

Problema de Pesquisa - O problema de pesquisa central pode ser expresso na seguinte pergunta: como se dá os serviços prestados pelas ILPIs e quais as dificuldades em atender a Resolução ANVISA RDC 283/2005? Além do problema de pesquisa central, uma questão específica também norteará o desenvolvimento desta pesquisa, conforme expresso abaixo: os indicadores de saúde são adequados na avaliação da qualidade dos serviços?

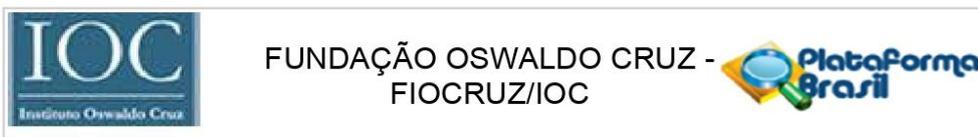
HIPÓTESE DE TRABALHO – Considerando que a população idosa é heterogênea e que suas necessidades de cuidados de longa duração também são diferenciadas, supõe-se que:

- I. As ILPIs deveriam ser completamente adaptadas a essas diferentes demandas.
- II. Que possuam equipe multiprofissional em número adequado em atendimento integral num período de 24 horas.
- III. Face ao número crescente de ILPIs, a legislação que normatiza o setor seja amplamente aplicável às todas as instituições, independente de sua natureza ser pública, filantrópica ou privada.
- IV. Que a legislação é adequada, possuindo indicadores satisfatórios para avaliar a qualidade dos serviços.

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO Trata-se de pesquisa retrospectiva do tipo exploratória e descritiva, com análise qualitativa e quantitativa de dados caracterizada por um estudo de casos a partir de dados secundários obtidos por meio da análise de documentação gerada pelas inspeções sanitárias efetuadas pela equipe de Vigilância Sanitária de Araruama (DIVISA). O acesso facilitado fontes de dados foi considerado ponto preponderante para a viabilidade do trabalho e critério primeiro para o seu desenvolvimento, pois o autor da pesquisa é membro do corpo técnico da DIVISA.

6.2 AMOSTRAGEM E FONTE DE DADOS Existem no município de Araruama sete ILPI cadastradas pela VISA. Optou-se por escolher três ILPIs que fora previamente classificadas pela DIVISA conforme definido no Roteiro de Inspeção Sanitária da RDC 283/2005, como sendo de alto risco, médio risco ou baixo risco, para a saúde do idoso.

Endereço: Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Expansão)
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-360
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3882-9011 **Fax:** (21)2561-4815 **E-mail:** cepfiocruz@ioc.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.020.864

Decidiu-se realizar um censo daquelas que obtiveram sua classificação e, obrigatoriamente, inspecionadas no biênio de 2017/2018. Mediante o critério de amostragem adotado, o estudo será realizado em três instituições com população de idosos assistidos estimada em 60 indivíduos. Os dados serão obtidos a partir de relatórios de inspeção elaborados pela equipe técnica da VISA por meio dos roteiros de inspeção preenchidos no ato da inspeção e relatórios administrativos de indicadores de saúde elaborados pelas ILPIs e entregues a VISA conforme estabelecidos pela RDC 283/05. Não serão utilizados prontuários dos idosos como fonte de obtenção de dados.

6.3 TRATAMENTO DOS DADOS - Para coleta, organização e processamento dos dados será elaborado uma planilha eletrônica, utilizando o programa Microsoft Excel® 2007 da Microsoft Corporation (EUA).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário –

O objetivo geral do presente projeto é descrever o perfil dos serviços prestados nas ILPIs no Município de Araruama e avaliar as condições sanitárias das mesmas.

Objetivos Secundários:

I. Identificar e analisar a prevalência das principais características das ILPIs.

II. Avaliar a situação encontrada, identificando e descrevendo os riscos sanitários que podem comprometer a saúde do idoso.

III. Verificar a aplicabilidade do regulamento técnico e de seu Roteiro de Inspeção, examinando os resultados obtidos pela DIVISA em inspeções realizadas nas ILPIs no município de Araruama.

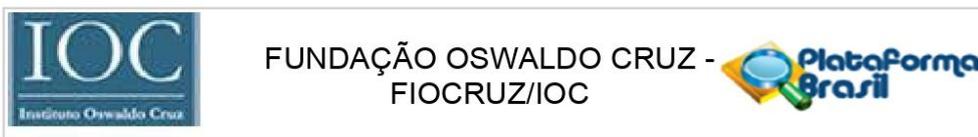
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

(arquivo PB_Informações_Básicas_do_Projeto_1216921)

As informações obtidas devem ser mantidas sob sigilo evitando qualquer divulgação das mesmas quando houver acesso aos dados de identificação dos idosos.

Endereço: Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Expansão)
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-360
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3882-9011 **Fax:** (21)2561-4815 **E-mail:** cepfiocruz@ioc.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.020.864

BENEFÍCIOS

(arquivo PB_Informações_Básicas_do_Projeto_1216921)

Possibilitar a melhor aplicação da legislação que regula o setor de Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI).

Possibilitar a otimização do Roteiro de Inspeção para Instituições de Longa Permanência de Idosos e da legislação que regula o setor.

Direcionamento das empresas para que cumpram mais facilmente a legislação e as Boas Práticas no cuidado para com o idoso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

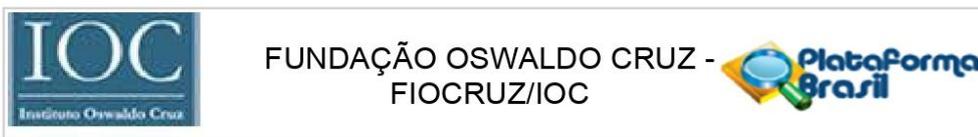
A Pesquisa poderá, de forma significativa, vir a propor sugestões para melhorar a aplicabilidade do instrumento legal que regulamenta os Serviços ofertados por ILPIs e seu Roteiro de Inspeção (RDC ANVISA n. 283/2005).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na Plataforma Brasil há sete documentos inseridos:

1. Folha de Rosto – Termo de Compromisso assinado, em 12.09.18, pelo Pesquisador Responsável. Pela Instituição Proponente assina (na mesma data) Célia Maria Carvalho P. A. Romão (Vice-Diretora de Vigilância Sanitária). OK.
2. Carta de Anuência da Prefeitura Municipal de Araruama / Secretaria Municipal de Saúde / Divisão de Vigilância Sanitária. Datada de 17.09.18. Assinada por Ana Paula Bragança (Secretaria Municipal de Saúde) e por Aparecida Leres Turques (Coordenadora de Vigilância Sanitária). Apresenta o Sr. Alayr Rangel Wandermurem Filho como pesquisador. OK.
3. Carta de Anuência da Casa de Repouso Nossa Senhora da Conceição (Araruama/RJ), datada de 21.09.18, assinada pelo Sr. Carlos Alberto (não há carimbo). Apresenta o Sr. Alayr Rangel Wandermurem Filho como pesquisador. Há a seguinte observação na Carta: “Antes de iniciar a coleta de dados o pesquisador deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado

Endereço: Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Expansão)
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-360
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3882-9011 **Fax:** (21)2561-4815 **E-mail:** cepfiocruz@ioc.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.020.864

devidamente aprovado, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz/IOC, para a referida pesquisa". OK.

4. Carta de Anuência do SeniorClub Hotel & Residência Assistida, datada de 21.09.18, assinada pela Sra. Jacqueline Amaral (Diretora Geral). Há carimbo. Apresenta o Sr. Alayr Rangel Wandermurem Filho como pesquisador. Há a seguinte observação na Carta: "Antes de iniciar a coleta de dados o pesquisador deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz/IOC, para a referida pesquisa". OK.

5. Carta de Anuência do Residencial Geriátrico Solar de Araruama, datada de 14.09.18, assinada por Thyago Nepomuceno da Silva (Gerente Administrativo). Há carimbo. Apresenta o Sr. Alayr Rangel Wandermurem Filho como pesquisador. Há a seguinte observação na Carta: "Antes de iniciar a coleta de dados o pesquisador deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz/IOC, para a referida pesquisa". OK.

6. Orçamento Total (R\$ 1.000,00 - Custeio). Tipo Financiamento próprio. OK.

7. Projeto detalhado Ok.

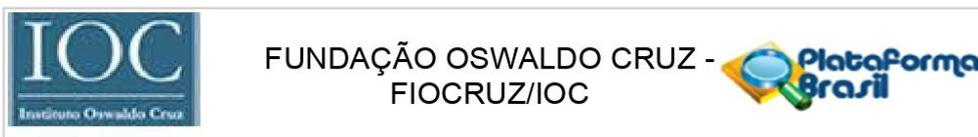
Recomendações:

O projeto deverá ser desenvolvido na forma em que foi aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Campo "Outras informações, justificativas ou considerações a critério do pesquisador" informa, textualmente, que "O levantamento dos dados da pesquisa ocorrerá apenas após a aprovação do presente projeto pelo CEP da Fiocruz". De igual modo, as três Cartas de Anuências afirmam que "Antes de iniciar a coleta de dados o pesquisador deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz/IOC, para a referida pesquisa". Em vista disto, o projeto foi aprovado.

Endereço: Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Expansão)
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-360
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3882-9011 **Fax:** (21)2561-4815 **E-mail:** cepfiocruz@ioc.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.020.864

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz (CEP Fiocruz/IOC), em sua 243ª Reunião Extraordinária, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS 466/12 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se por APROVAR o projeto em tela em Ad Referendum.

Cabe ressaltar que a responsabilidade da pesquisadora é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

Apresentar relatório final do projeto de pesquisa é responsabilidade indelegável da pesquisadora principal.

Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de cinco anos após o término da pesquisa.

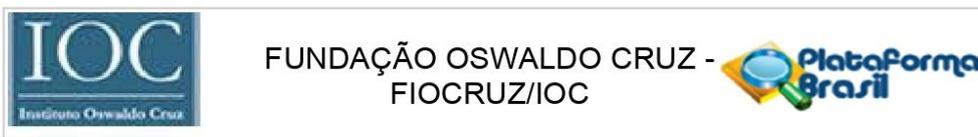
Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto.

Justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados. (Res CNS 466/12, item XI).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1216921.pdf	14/11/2018 11:39:39		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	24/09/2018 18:29:26	ALAYR RANGEL WANDERMUREM FILHO	Aceito
Outros	ANUENCIA_NOSSA_SENHORA_DA_CONCEICAO_ILPI_03.pdf	24/09/2018 18:22:41	ALAYR RANGEL WANDERMUREM FILHO	Aceito
Outros	ANUENCIA_SOLAR_DE_ARARUAMA_ILPI_02.pdf	24/09/2018 18:09:38	ALAYR RANGEL WANDERMUREM	Aceito

Endereço: Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Expansão)
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-360
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3882-9011 **Fax:** (21)2561-4815 **E-mail:** cepfiocruz@ioc.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.020.864

Outros	ANUENCIA__SOLAR_DE_ARARUAMA_ILPI_02.pdf	24/09/2018 18:09:38	FILHO	Aceito
Outros	ANUENCIA__SENIOR_CLUB_ILPI_01.pdf	24/09/2018 18:07:33	ALAYR RANGEL WANDERMUREM FILHO	Aceito
Outros	ANUENCIA_VISA_ARARUAMA.pdf	24/09/2018 18:03:59	ALAYR RANGEL WANDERMUREM FILHO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	13/09/2018 14:21:38	ALAYR RANGEL WANDERMUREM FILHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 14 de Novembro de 2018

Assinado por:
Maria Regina Reis Amendoeira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Expansão)
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-360
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3882-9011 **Fax:** (21)2561-4815 **E-mail:** cepfiocruz@ioc.fiocruz.br