

INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: DESCANSO OU SOFRIMENTO? CONDIÇÕES NO MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ/RS

Patrícia Silva da Silva Rosa, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGCOL)/UFRGS. E-mail: patriciairan@ig.com.br

Roger dos Santos Rosa, Doutor em Epidemiologia, UFRGS. E-mail: roger.rosa@bcb.gov.br

Nara Regina Moura de Castilhos, Mestre em Sociologia, ESP/RS, E-mail: naracastilhos@yahoo.com.br

Tenille Dias Nozari, Graduada em Licenciatura em Pedagogia, Prefeitura Municipal de Gravataí. E-mail: nille.nozari@gmail.com

RESUMO

OBJETIVO: identificar o cumprimento da Resolução da Diretoria Colegiada nº 283/2005 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que estabeleceu um Regulamento Técnico para o funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), por instituições localizadas no município de Gravataí/RS. **MÉTODOS:** Estudo descritivo observacional e transversal, com base nos relatórios de vistorias presentes nos processos da equipe de Vigilância em Saúde (VIEMSA) do município, no período de janeiro a setembro de 2011. Utilizou-se a análise estatística descritiva com frequências absoluta e relativa. Os dados foram gerenciados no programa Microsoft Excel® 2010. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública/RS. **RESULTADOS:** Das 15 ILPIs, uma não dispunha de alvará sanitário. Todos os estabelecimentos possuíam registros identificando o profissional que exercia a função de Responsável Técnico. De 251 usuários, 153 (61%) apresentavam grau de dependência I (independentes). Doze (80,0%) das ILPIs possuíam projeto arquitetônico aprovado na VIEMSA do município. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As ILPIs são uma alternativa de cuidado para os idosos, portanto, a Vigilância em Saúde deve inserir-se neste contexto desenvolvendo ações educativas para o desenvolvimento da consciência sanitária e o conhecimento da legislação pertinente.

Palavras-chave: Idoso. Saúde do Idoso. Cuidado. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Vigilância.

RESUMO

OBJETIVO: identificar o cumprimento da Resolução da Diretoria Colegiada nº 283/2005 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que estabeleceu um Regulamento Técnico para o funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), por instituições localizadas no município de Gravataí/RS. **MÉTODOS:** Estudo descritivo observacional e transversal, com base nos relatórios de vistorias presentes nos processos da equipe de Vigilância em Saúde (VIEMSA) do município, no período de janeiro a setembro de 2011. Utilizou-se a análise estatística descritiva com frequências absoluta e relativa. Os dados foram gerenciados no programa Microsoft Excel® 2010. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública/RS. **RESULTADOS:** Das 15 ILPIs, uma não dispunha de alvará sanitário. Todos os estabelecimentos possuíam registros identificando o profissional que exercia a função de Responsável Técnico. De 251 usuários, 153 (61%) apresentavam grau de dependência I (independentes). Doze (80,0%) das ILPIs possuíam projeto arquitetônico aprovado na VIEMSA do município. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As ILPIs são uma alternativa de cuidado para os idosos, portanto, a Vigilância em Saúde deve inserir-se neste contexto desenvolvendo ações educativas para o desenvolvimento da consciência sanitária e o conhecimento da legislação pertinente.

Palavras-chave: Idoso. Saúde do Idoso. Cuidado. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Vigilância.

ABSTRACT

OBJETIVE: Identify, in Nursing Homes (NH) located in the city of Gravataí, the compliance of the resolution 283/2005 (RDC 283/2005) of the Brazilian Health Surveillance Agency (ANVISA), which established the technical regulation for the functioning of NH. **Methods:** Descriptive, observational and transverse study, based on reports of inspections of licensing and complaint files from the city of Gravataí Health Surveillance Department (VI-EMSA), from January 2011 to September 2011. It was used the descriptive statistical analysis with absolute and relative frequencies. The data was managed using Microsoft Excel 2010. The study was approved by the Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul Ethics Commission. **Results:** One nursing home, out of 15, did not have health license. All the institutions had a registered graduated manager. Out of the 253 patients, 153 (61%) had grade 1 dependence (according to the RDC 283/2005). Twelve (80%) of the NH had approved architecture project at VIEMSA. **Conclusions:** The nursing homes are an interesting alternative for the care of the elderly. Thus, VIEMSA should take educational actions aiming the development of mental and physical health consciousness as well as spread the knowledge of the sector regulations.

Key Words: Elderly. Elderly health. Care. Nursing home. Health surveillance.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade tanto dos países desenvolvidos quanto daqueles em desenvolvimento. Nos primeiros, esse fenômeno ocorreu junto às melhorias das condições gerais de vida. Já nos países em desenvolvimento, o processo acontece de forma rápida, sem que condições básicas de vida tenham sido alcançadas e sem o preparo da área da saúde para lidar com demandas emergentes¹.

No contexto mundial, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais cresce de forma mais rápida que a de outras faixas etárias. Acredita-se que em 2050 haverá dois bilhões de idosos no mundo dos quais 80% nos países em desenvolvimento². No Brasil, segundo Camarano e Kanso³, as projeções populacionais apontam para um crescimento acentuado da população muito idosa (80 anos ou mais) para as próximas décadas. Em 2010, este subgrupo populacional representava aproximadamente 14% da população idosa e 1,5 % da brasileira. Para 2040, a expectativa no Brasil é que os muitos idosos representarão um quarto da população idosa e cerca de 7% da população total⁴.

O fenômeno do envelhecimento resulta no aumento da população que demanda cuidados prolongados e na redução da oferta dos cuidados familiares. Esse processo traz grande impacto social e exige mudanças desde o nível das políticas públicas até o do núcleo familiar. Um desdobramento importante para a gestão das políticas públicas em saúde é o aumento da demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). A procura por ILPIs decorre da escassez de alternativas para os familiares manterem seus integrantes mais velhos em casa e da existência de idosos sem referencia familiar². Essas instituições abrigam não só idosos dependentes e independentes para as atividades da vida diária, mas também pessoas em estado de vulnerabilidade social, com ou sem vínculo familiar.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283/ 2005 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) define as regras de funcionamento para as ILPIs considerando os direitos das pessoas idosas no que se refere à qualidade dos serviços prestados por essas instituições⁴. De acordo com a RDC⁵, considera-se ILPIs as "instituições governamentais ou não-governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílios coletivos de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania". A aplicação da RDC 283/2005 é realizada por equipes de profissionais de saúde vinculados à Vigilância em Saúde, com a finalidade de adequar as instituições às especificidades locais a partir de atividades educativas e orientadoras.

Entende-se como importante compreender o contexto que as ILPIs se encontram para planejar a atenção à saúde da população idosa institucionalizada, assegurando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados e também diminuindo ao máximo os riscos que possam ser oferecidos à vida e à saúde destes, com ênfase no trabalho educacional.

Objetivou-se identificar o cumprimento da RDC 283/2005 pelas ILPIs localizadas no município de Gravataí/RS; descrever a organização e as características que essas instituições apresentam; e identificar a qualificação dos recursos humanos que realizam os cuidados com os idosos institucionalizados.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo observacional e transversal realizado junto ao Serviço de Vigilância em Saúde (VIEMSA) do município de Gravataí/RS. O município de Gravataí/RS tem população de aproximadamente 256 mil habitantes (densidade demográfica de 551,5 hab./km²) e integra a Região Metropolitana de Porto Alegre, da qual dista 23 km, no estado do Rio Grande do Sul. O PIB per capita era de R\$ 27.689 em 2010. A Vigilância em Saúde municipal é composta pelos setores de (i) Vigilância Sanitária, (ii) Vigilância Ambiental, (iii) Vigilância Epidemiológica e (iv) Setor de Saúde do Trabalhador.

Foram utilizados como fontes de dados os relatórios das últimas vistorias realizadas em cada ILPI, no período de janeiro a setembro de 2011, compreendendo aproximadamente 15 instituições. Os relatórios integravam os processos da equipe da VIEMSA do município. Os dados foram coletados por meio de um formulário construído com base na RDC 283/2005. O instrumento apresentava variáveis relacionadas a organização, recursos humanos, usuários, sistema de informações e estrutura física. O gerenciamento dos dados e as análises estatísticas descritivas, com frequências absolutas e relativas, foram realizados em Microsoft Excel® versão 2010. O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública/RS conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁶.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No município de Gravataí-RS, havia 15 ILPIs até setembro de 2011. Somente uma (6,67%) instituição não apresentava alvará sanitário (Tabela 1) a qual, todavia, possuía processo solicitando a obtenção do referido documento. Conforme a RDC 283/2005, a ILPI deve possuir alvará sanitário atualizado expedido pelo órgão sanitário competente⁵.

Todas as instituições apresentavam registros identificando o Responsável Técnico pelo serviço. Das 15 ILPIs, 10 (66,7%) indicavam enfermeiro como responsável técnico, 4 (26,7%) assistente social e 1 (6,6%) nutricionista (Tabela 1).

Quanto à carga horária do responsável técnico, verificou-se que dois profissionais (13,3%) possuíam vínculo de trabalho com carga horária de dezesseis horas semanais e 13 (86,7%) de vinte horas (Tabela 1). Acerca da Certidão de Responsabilidade Técnica pela instituição, identificou-se que todos os profissionais apresentavam esse documento ou declaração em cartório, referindo serem responsáveis pelos serviços das ILPIs.

Tabela 1 - Caracterização das ILPIs (n=15) quanto à organização, Gravataí/RS, Jan – Set / 2011.

ITEM	N	%
Alvará Sanitário		
Sim	14	93,3
Não	01	6,7
Responsável Técnico		
Sim	15	100
Não	-	-
Profissão do Responsável Técnico		
Enfermeiro	10	66,7
Assistente Social	04	26,7
Nutricionista	01	6,6
Carga horária semanal do Responsável Técnico		
16 horas	02	13,3
20 horas	13	86,7

Fonte: Relatórios de vistoria da VIEMSA do município de Gravataí/RS, 2011.

De acordo com a RDC 283/2005, as ILPIs devem possuir um Responsável Técnico (RT) pelo serviço com carga horária mínima de vinte horas por semana, que responderá pela instituição junto à autoridade sanitária local. A resolução ainda estabelece que o RT pelo serviço necessita ter formação de nível superior. No entanto, não determina que deva possuir graduação na área da saúde. Assim, qualquer profissional com nível superior poderá desenvolver a atividade de coordenação técnica na ILPI, desde que o seu conselho de classe forneça a Certidão de Responsabilidade Técnica. Além disso, cabe ao RT a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos idosos, respeitando os regulamentos da vigilância sanitária quanto à guarda e administração dessas substâncias⁵.

A partir das competências do RT, surgem questionamentos quanto à administração dos medicamentos. Como um profissional sem habilitação para o exercício dessa função poderá assumi-la? Caso haja prescrição de medicamentos, quem os controla? Entende-se que o profissional responsável pela administração de medicamentos deva possuir conhecimento das ações e interações dos medicamentos e também de seus efeitos colaterais. Diversas ILPIs apresentaram estoque de medicamentos, até mesmo alguns considerados de controle especial. Com base nesse fato, pode-se cogitar que medicamentos possam estar sendo administrados indiscriminadamente, sem prescrição médica. Cabe lembrar que a RDC 283/2005 proíbe o estoque de medicamentos sem a prescrição médica⁵.

Em relação aos recursos humanos, todas as ILPIs apresentavam um nutricionista e um enfermeiro no seu quadro funcional; 14 (93,3%) possuíam assistente social; e apenas seis (40,0%) disponibilizavam médico para prestar cuidados aos idosos. Além desses profissionais, uma (6,7%) ILPI dispunha do serviço de pedagogia. Também foram identificados profissionais de nível técnico como auxiliares e técnicos em enfermagem. Em 14 (93,3%) ILPIs havia técnico em enfermagem e em 5 (33,3%) auxiliares de enfermagem no quadro funcional. Todos os profissionais de nível superior e técnico apresentavam registros nos respectivos conselhos de classe.

Doze (80,0%) ILPIs possuíam cuidadores e as ILPIs que não os tinham, dispunham de auxiliares e/ou técnicos de enfermagem prestando cuidados aos idosos. Quatro (26,7%) das 15 instituições, mesmo não apresentando técnicos ou auxiliares de enfermagem, possuíam en-

fermeiros no seu quadro funcional. Todas as instituições apresentavam contratos com cozinheiro e 14 (93,3%) possuíam profissional para os serviços de lavanderia e de limpeza.

A RDC 283/2005 determina que as ILPIs devam apresentar recursos humanos com vínculo formal de trabalho, garantindo as seguintes atividades: profissional para as atividades de lazer, para os serviços de limpeza, lavanderia, nutrição, e para prestar cuidados aos pacientes, sendo este o cuidador. Define ainda que o profissional para as atividades de lazer deve possuir formação de nível superior com carga horária de 12 horas por semana.

A mesma resolução estabelece que a ILPI garanta aos idosos a alimentação, no mínimo, com seis refeições diárias, fazendo referência à RDC 216/2004 que dispõe sobre o regulamento técnico de boas práticas para serviços de alimentação⁷. Mesmo que a RDC 283/2005 não exija profissional nutricionista, a presença deste profissional é necessária vez que possui o conhecimento referente à manipulação, ao preparo, ao fracionamento, ao armazenamento e à distribuição dos alimentos. Ao atuar em uma ILPI, o profissional nutricionista tem como principal função identificar os desequilíbrios alimentares e corrigi-los através da elaboração de regimes alimentares adequados para as especificidades de cada idoso.

Diante dessas lacunas na RDC 283/2005, os conselhos profissionais da área da saúde preveem em resolução própria a necessidade da existência de enfermeiro, nutricionista, assistente social, médico, terapeuta ocupacional, e outros nas ILPIs.

A este respeito, cita-se o Conselho Regional de Enfermagem – RS (Coren-RS) que por meio da Decisão nº 6/2009 aprovou a normatização para o exercício do profissional enfermeiro em relação à constituição e funcionamento das ILPIs⁸. Tal normativo estabelece que toda instituição que desenvolva atividades de enfermagem, deve obrigatoriamente apresentar a Certidão de Responsabilidade Técnica pelo serviço de Enfermagem. Ainda, o regulamento do exercício de enfermagem determina que a instituição que possuir profissional técnico em enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem realizando cuidados, deve apresentar enfermeiro para orientar e supervisionar o serviço de enfermagem⁹.

A presença do enfermeiro nas ILPIs é necessária, mesmo que a ILPI não possua auxiliar e técnico em enfermagem, visto que cuidados diretos aos idosos estão sendo prestados e precisam ser supervisionados e orientados por um profissional habilitado para essa função.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) realizou uma pesquisa sobre a caracterização das ILPIs da Região Sul. Foi constatado que há trabalhadores na região Sul que executam funções mistas, cujas rotinas abrangem as tarefas de cuidar dos idosos, cuidar das roupas, limpeza geral, trabalho de cozinha e serviços gerais. De modo semelhante, neste trabalho observou-se que nem todas as ILPIs de Gravataí/RS dispunham de um profissional para lavanderia, um para cozinha e outro para serviços limpeza. Profissionais que realizam mais de uma função acabam sobrecarregados de tarefas e despendendo o tempo que deveria ser destinado a atender os usuários. Os pesquisadores do IPEA salientaram ainda que uma sobrecarga de trabalho para os cuidadores pode contribuir para desencadear atos de violência contra o residente, especialmente aos mais idosos e aqueles em piores condições de saúde¹⁰.

Dos 36 cuidadores nas ILPIs em Gravataí/RS, somente 5 (26,7%) apresentavam certificado do curso de capacitação para cuidadores de idosos. Frente à alta rotatividade da equipe, mais especificamente a frequente troca dos cuidadores, as instituições deveriam exigir esse curso na admissão do funcionário ou então capacitá-los antes de começarem a atuar.

A participação do SUS na formação permanente dos cuidadores de idosos firmou-se em 2008, quando uma parceria do Ministério da Saúde com o Ministério da Previdência

Social foi responsável pelo Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos oferecido em 36 Escolas Técnicas do SUS, abrangendo todo o país. O programa buscava proporcionar uma visão integral sobre o indivíduo, qualificando a atenção prestada às pessoas idosas. A meta era formar 65 mil cuidadores até 2011¹¹.

Embora a profissão de cuidador de idosos ainda não seja regularizada, a atividade consta na Classificação Brasileira de Ocupações – CBO do Ministério do Trabalho e Emprego¹². Todavia, apesar disso, é necessário que seja definido seu campo de atuação. Há uma discussão entre o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e os cuidadores de idosos, pois os últimos prestam assistência ao idoso e nem sempre possuem uma formação adequada para o desempenho dessa função. Segundo Kawasaki e Diogo¹³, os cuidadores que realizam cuidados de enfermagem, podem muitas vezes colocar em risco a qualidade de vida do idoso. É importante salientar que, de acordo com a legislação profissional, os cuidadores de idosos não pertencem à categoria profissional da Enfermagem^{9, 14}.

A existência de políticas institucionais, normas e leis não é garantia suficiente para cuidados institucionais efetivos¹⁵. É necessário pensar na qualificação dos profissionais atuantes nestes estabelecimentos. O envelhecimento é um grande desafio para a formação dos profissionais de saúde, já que o processo de formação está muito ligado ao paradigma biomédico associando o envelhecimento ao adoecimento, mais do que isso, baseando-se nas técnicas e com pouco impacto na mobilização ética e política¹⁵. Para Motta *et al.*¹⁶, o profissional que atua na atenção ao idoso deve possuir uma formação baseada na educação gerontológica, capaz de compreender o “ser velho”, o processo de envelhecimento e suas dimensões conceituais, sociais, políticas e éticas, o que permitiria formular e implementar propostas para o enfrentamento das questões do idoso na sociedade de modo eficaz, eficiente e efetivo.

Além do mais, a atenção ao idoso deve ser desenvolvida em uma perspectiva multidisciplinar e integral, garantindo os direitos da pessoa idosa. Os profissionais atuantes nas ILPIs não só devem focar nas doenças e nas limitações do idoso, mas também contemplar bem-estar, saúde, alimentação, educação, lazer ao idoso; estimulando assim a independência e preservando a autonomia do idoso institucionalizado.

Segundo Netto¹⁷, o trabalho multiprofissional depende de uma equipe, encontros frequentes para estudar casos ou situações visando o diagnóstico, à elaboração de planos de cuidado e à avaliação das ações. Em perspectiva mais avançada, para Herédia *et al.*¹⁵, pode-se alcançar a interdisciplinaridade, ou seja, a habilidade de interagir e colaborar em diferentes áreas do conhecimento com o objetivo de desenvolver uma corresponsabilidade na busca da resolução dos problemas das pessoas.

Em relação ao grau de dependência dos usuários residentes nas ILPI, somente uma (6,7%) das instituições não disponibilizou à Vigilância em Saúde municipal a relação do grau de dependência de cada idoso. Os idosos independentes (grau de dependência I) prevaleceram no total dos idosos institucionalizados no município de Gravataí/RS seguidos consecutivamente por idosos com grau de dependência II e III (Tabela 2). Em 10 (71,4%) das 14 ILPIs em que foi possível discriminar o grau de dependência dos usuários, observou-se o predomínio de idosos independentes. Em 3 (21,4%) estabelecimentos, preponderaram idosos com grau de dependência II, ou seja, dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária, sem alteração cognitiva ou com comprometimento cognitivo controlado. Apenas 1 (7,1%) instituição apresentou a maioria dos idosos com grau de dependência III, isto é, com necessidade de assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo.

A média de residentes nas ILPIs do município foi de 17,9 idosos, variando de três a 52 usuários. Ao relacionar o número absoluto de residentes (Tabela 2) com o de funcionários por função, não considerando a carga horária do funcionário nem o grau de dependência do idoso, constatou-se que as razões mais desfavoráveis foram as da áreas da pedagogia (um para cada 251 idosos), medicina (um para cada 42 idosos) e de auxiliares de enfermagem (um para cada 31 idosos). Já nos casos de enfermagem, nutrição e do cozinheiro, a razão atinge um para cada 17 idosos. Para os profissionais assistente social, auxiliar de lavanderia e auxiliar de limpeza, a proporção observada foi de um para cada 18 idosos. Os cuidadores e os técnicos de enfermagem alcançaram respectivamente um profissional para cada sete e um para cada oito idosos institucionalizados.

Tabela 2 – Distribuição dos usuários por ILPI do município de Gravataí/RS de acordo com o grau de dependência no período de janeiro a setembro de 2011.

ILPI	I	(%)	II	(%)	III	(%)	Total
A	7	53,8	4	30,8	2	15,4	13
B	7	63,6	3	27,3	1	9,1	11
C	7	43,8	6	37,5	3	18,8	16
D	16	69,6	4	17,4	3	13,0	23
E	5	26,3	12	63,2	2	10,5	19
F	10	76,9	3	23,1	-		13
G	-		-		-		-
H	24	70,6	9	26,5	1	2,9	34
I	45	86,5	4	7,7	3	5,8	52
J	14	70,0	6	30,0	-		20
K	3	27,3	7	63,6	1	9,1	11
L	9	64,3	2	14,3	3	21,4	14
M	6	46,2	5	38,5	2	15,4	13
N	-		4	44,4	5	55,6	9
O	-		2	66,7	1	33,3	3
Total	153	61,0	71	28,3	27	10,8	251

Legenda:

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idoso

I - Grau de dependência I (independente).

II - Grau de dependência II (dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária, sem alteração cognitiva ou com comprometimento cognitivo controlado).

III - Grau de dependência III (necessita assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo).

Fonte: Relatórios de vistoria da VIEMSA do município de Gravataí/RS

Os usuários das ILPIs deveriam ser idosos que apresentassem perdas cognitivas e dependência nas atividades de autocuidado para a vida diária. Todavia, constatou-se que os usuários com grau de dependência I foram os que predominaram no total de idosos institucionalizados no município de Gravataí/RS. Pode-se presumir que as ILPIs, de modo geral, não admitem grande número de idosos com grau de dependência II e III pelo fato de necessitarem mais profissionais para prestar cuidados aos idosos. A RDC 283/2005 estabelece que a instituição

deve apresentar um cuidador para cada 20 idosos com grau de dependência I, um cuidador para cada 10 idosos com grau de dependência II e um cuidador para cada seis idosos com grau de dependência III.

A partir desses resultados, questiona-se se a institucionalização está ocorrendo como resultado de condições impostas pela vida como a dependência ou devido à inexistência de vínculos que garantam ao idoso amparo e permanência no meio familiar. Para Herédia *et al.*¹⁵, há situações em que o asilamento pode estar ligado a situação de pobreza da família, aos interesses do familiar tais como a aceitação do envelhecimento no âmbito familiar, ou à ausência de companheiro (a).

Em geral, nesta fase da vida, o idoso já perdeu o alcance de suas relações sociais com a saída dos filhos de casa. Então, morar em uma instituição pode representar uma renovação nos laços sociais. Mesmo aqueles idosos que ainda residiam com familiares antes de ir para ILPI, os vínculos podem se manter, dependendo da relação estabelecida entre o idoso, a família e a instituição¹⁸.

Sabe-se que o Estatuto do Idoso recomenda que as instituições desenvolvam programas e atividades voltadas a manutenção de vínculos familiares¹⁹. Assim, ressalta-se a importância das visitas dos parentes ao residente e do residente aos parentes. Para Camarano e Scharfstein²⁰, as visitas de familiares aos idosos institucionalizados é a modalidade mais banal de expressar a relação entre eles. Vale destacar que quanto mais presente o familiar estiver na instituição, maior será a condição deste de exercer o papel de monitorar o atendimento prestado pela instituição.

Portanto, estar em uma ILPI pode sim representar para os idosos, de forma mais ampliada, a vida em família. É a possibilidade de encontrar abrigo, conflitos, afetos, culpas, solidão, ou seja, situações também vivenciadas em uma residência particular. Em realidade, tanto a família como a ILPI são espaços de conflito e disputa de poder, acolhem e afastam o indivíduo da sociedade¹⁸.

É comum pensar que haja somente dois tipos de alternativas de cuidados aos idosos, quais sejam a família ou a instituição residencial. Entretanto, conforme Camarano⁴, há muitas outras modalidades a serem estimuladas. Por exemplo, o cuidado familiar pode ser complementado com disponibilização de profissionais qualificados para o cuidado aos idosos dependente nos seus domicílios ou até mesmo por algum apoio a essas famílias no desempenho dessas atividades, incluindo treinamento, apoio psicológico, variando de acordo com as necessidades de cada caso. Para Camarano⁴, esta oferta pública ou privada visa substituir ou minimizar o trabalho desenvolvido pelos familiares, que muitas situações, ocorrem em condições precárias e conflituosas.

Em contrapartida, sabe-se que no Brasil o cuidado familiar vem ocorrendo com baixo apoio e orientação do Estado. As políticas e os programas de cuidado formal domiciliar são escassos, mesmo que a oferta dessa modalidade de serviço esteja prevista em normatizações do setor público⁴.

Há serviços comunitários que incluem centros-dia e hospitais-dia. Os centros-dia são locais destinados à permanência diurna do idoso²¹. Têm sido vistos como uma das melhores alternativas para os idosos que permanecem residindo com seus familiares. Entretanto, essa modalidade de cuidado somente é adequada para idosos independentes e/ou semidependentes.

Ainda, no Brasil, é comum encontrar centros-dia funcionando nas ILPIs. O hospital-dia somente se diferencia do centro-dia pelo fato oferecerem uma gama de serviços de saúde⁴. Para Brink²², essas alternativas não atenderão as necessidades de todos os usuários, todavia proporcionarão um pouco de estrutura e de supervisão à vida do idoso, e também um pouco

de alívio temporário da carga de cuidados impostos àqueles que vivem com uma pessoa idosa. Além desses serviços até mesmo podem ser estimuladas outras formas de atendimento na própria comunidade, visando à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade.

Nos relatórios de vistorias da VIEMSA do município de Gravataí/RS inexistia referência a qual profissional da instituição havia avaliado o idoso de acordo com Grau de Dependência, portanto, não se pode afirmar que as classificações dos usuários foram adequadas. É possível que as instituições classifiquem os residentes erroneamente pois, como citado anteriormente, a RDC 283/2005 estabelece que quanto maior o grau de dependência dos idosos mais profissionais a ILPI deve apresentar para prestar cuidados aos idosos.

A avaliação e a classificação do grau de dependência física e cognitiva dos idosos por um profissional com formação na área é de extrema importância, pois é o grau de dependência que determina a modalidade de cuidados que cada idoso necessita. A dependência pode ser incapacitante ou não, bem como gradual, definitiva ou reversível⁴. Saldanha e Caldas²³ acreditam ser necessário realizar avaliações periódicas dos idosos na perspectiva de novas necessidades, pois o estado funcional dos idosos é muito dinâmico.

Neste contexto, a equipe da Vigilância em Saúde, deve conhecer as condições de saúde e o grau de dependência dos idosos institucionalizados com vistas a implementar políticas públicas e ações de prevenção de doenças, bem como promoção de saúde da população de forma integral e resolutiva.

Ainda, no presente estudo, constatou-se que todas as ILPIs de Gravataí possuíam prontuários individuais e atualizados de cada usuário. Segundo o Estatuto do idoso, as entidades de atendimento ao idoso devem manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, endereços, relação de seus pertences, e demais dados que possibilitem sua identificação e a individualização do atendimento¹⁹.

A RDC 63/2011 da Anvisa estabelece que o prontuário do paciente é documento único, constituído de um conjunto de informações e sinais, gerados a partir de fatos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada. Este documento tem caráter legal, sigiloso e científico, o qual possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e também a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. A mesma resolução estabelece que o serviço de saúde deve garantir que o prontuário seja preenchido de forma legível por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente, com aposição de assinatura e carimbo em caso de prontuário em meio físico. Os dados contidos no prontuário pertencem ao usuário e devem estar permanentemente disponíveis aos mesmos ou aos seus representantes legais e à autoridade sanitária se necessário²⁴.

Em relação à estrutura física, constatou-se que 12 (80,00%) instituições apresentavam aprovação de projeto arquitetônico junto à autoridade sanitária local estando as demais ILPIs com processo para a referida aprovação. Quanto à presença de dormitórios e sanitários coletivos separados por sexos, todas as ILPIs possuíam na sua estrutura física esta característica. Somente duas instituições não possuíam vestiário e sanitário para funcionários. Em uma dessas, o proprietário residia no mesmo terreno do serviço e os funcionários utilizavam as dependências da residência do mesmo.

A RDC 283/2005 estabelece que as ILPIs devem oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, privacidade, salubridade, segurança; e garantir a acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de locomoção segundo o estabelecido na NBR 9050/2004^{5, 25}. Para Santos²⁶, a arquitetura bem aplicada contribui na eliminação de barreiras físicas que impedem que os idosos com deficiência tenham autonomia e também não esquecendo de

respeitar a privacidade e a individualidade do indivíduo institucionalizado. Dormitórios e sanitários separados por sexo são considerados elementos básicos para promover o mínimo de privacidade aos usuários dessas instituições.

É difícil afirmar que se a instituição possui projeto aprovado estejam garantidas a acessibilidade e a privacidade. Com base nos relatórios de vistoria, nem sempre o que está descrito no projeto arquitetônico é encontrado no momento da inspeção. Utiliza-se como exemplo a ausência de pisos com mecanismos antiderrapantes, de corrimão em todas as rampas e de barras de apoio nos banheiros adaptados para cadeirantes, entre outros.

Em uma pesquisa realizada por Pessoa *et al.*²⁷, foram analisadas as possibilidades de reorganização da rede de serviços de atenção ao idoso. O Abrigo Cristo Redentor, localizado na cidade do Rio de Janeiro, serviu como exemplo. Foi reforçada a importância do espaço físico para o idoso, destacando a experiência dessa instituição na construção de um projeto arquitetônico voltado à humanização dos espaços de moradias dos idosos semidependentes e dependentes. Nesse projeto, os idosos com mais dependência ficariam nos leitos direcionados para o corredor, sendo de fácil visão e acesso para a equipe de cuidado; já nos leitos próximos às paredes ficariam dispostos os idosos de maior autonomia, privilegiando a privacidade. Os mesmos pesquisadores salientam ainda a importância da humanização dos espaços referindo-se à circulação, aos fluxos, à presença de ambientes bem dimensionados, ventilados e com iluminação natural²⁷. É também importante projetar espaços com o objetivo de promover a integração dos usuários e estimular a participação dos familiares e dos profissionais²⁶.

Sabe-se que mesmo havendo normas para adequação das estruturas físicas das ILPIs, a maioria das instituições brasileiras ainda está longe de alcançar estruturas físicas ideais. Portanto, a Vigilância em Saúde deve trabalhar junto às instituições em um processo de construção, solicitando condições mínimas para que os projetos sejam aprovados e para que essas ILPIs estejam em funcionamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No município de Gravataí havia 15 ILPIs até setembro de 2011. Todavia, uma ainda não possuía alvará sanitário expedido pelo Órgão Sanitário competente.

É necessário monitorar e avaliar a atuação dos profissionais das instituições de longa permanência. Pode ocorrer de o profissional apresentar contrato de trabalho com a ILPI e não estar presente no processo de cuidado dos idosos institucionalizados. Além disso, estes profissionais devem saber contextualizar o processo do envelhecimento vivenciado pelos usuários atuando frente à diversidade de circunstâncias, aspirando ao trabalho em equipe interdisciplinar na busca do cuidado integral.

Os usuários com grau de dependência I prevaleceram no total dos idosos institucionalizados em Gravataí. Logo, faz-se necessária a criação de modalidades assistenciais alternativas, entre elas, o centro-dia, o hospital-dia, centro de convivência e o atendimento domiciliar. Implantar esses serviços de saúde significaria a disponibilização de recursos públicos, o envolvimento e a participação dos idosos, entidades e profissionais para garantir essas ações.

Identificou-se que 12 das ILPIs do município de Gravataí apresentavam projeto arquitetônico aprovado na Vigilância em Saúde do município, e as demais estavam em processo de aprovação no Órgão Sanitário competente. É de fundamental importância a produção de uma arquitetura capaz de proporcionar as condições físicas e mentais necessárias para os usuários, funcionários e familiares, resultando em espaços acolhedores, humanizados e resolutivos.

A aplicação da resolução da Anvisa que estabelece normas de funcionamento para as ILPIs é um desafio para os órgãos fiscalizadores e para as instituições. Há dificuldades para adequar os estabelecimentos, de acordo com a legislação, e para a superação do paradigma de atendimento caridoso para o de prestação de serviço de qualidade, garantindo os direitos do idoso institucionalizado. Contudo, o fato de termos leis, não significa que os problemas estão resolvidos, já que sua aplicabilidade depende do poder público, dos responsáveis pelas instituições e também dos profissionais.

Enfim, considera-se que o cuidado em uma instituição de longa permanência pode ser sim uma alternativa de amparo, proteção e segurança. Não há dúvida que parte dos preconceitos em relação ao cuidado institucional origina-se da má qualidade dos serviços. Nesta situação, sendo o município o espaço de ações para as práticas de saúde, a Vigilância em Saúde deve desenvolver ações educativas, visando o desenvolvimento da consciência sanitária e o conhecimento da legislação pertinente, estendendo a compreensão para além do caráter coercitivo e punitivo como era anteriormente considerada. É necessário que utilize estratégias de monitoramento das condições de saúde oferecidas pelas ILPIs para identificação e comunicação dos riscos à saúde dos idosos institucionalizados.

Como continuidade do estudo, sugere-se seu seguimento longitudinal, para que mudanças que venham a ocorrer nas ILPIs possam ser acompanhadas e também avaliadas as ações desenvolvidas pela Vigilância em Saúde. Ainda, recomenda-se a realização de pesquisa para avaliar a qualidade dos serviços prestados nestas instituições.

REFERÊNCIAS

1. Rouquayrol MZ, Filho NA. *Epidemiologia e Saúde*. 6. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2003.
2. Pollo SHL, Assis M. *Instituições de longa permanência para idosos - ILPIs: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: 2008.
3. Camarano AM, Kanso S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. In: Camarano AM (Organizadora). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010. p. 93 – 122.
4. Camarano AM. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010. p. 13 – 37.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 283, de 26 setembro de 2005. *Diário Oficial da União*, 2005.
6. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012*. Brasília, DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004. Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. *Diário Oficial da União*, 2004.
8. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS). Decisão nº 006, de 21 de janeiro de 2009. Dispõe sobre as normatizações para o exercício do profissional Enfermeiro em relação à constituição e funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Autarquia Federal – Lei nº 5.905/73. Porto Alegre. *Diário Oficial do Estado*.
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 1986.
10. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Características das instituições de longa permanência para idosos – região Sul/coordenação geral* Ana Amélia Camarano – Brasília: Presidência da República, 2008.
11. Ministério da Saúde. *Formação de Cuidadores*. Disponível em: www.saude.gov.br
12. Classificação Brasileira de Ocupação (CBO). *Cuidadores de Idosos*. Disponível em: <http://www.mteco.gov.br>

13. Kawasaki K, Diogo MJD. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal - parte I. *Rev Esc Enferm, USP* 2001; 35(3): 257-64. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/598.pdf>
14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 1987.
15. Herédia VBM, Ferla AA, Lorenzi DRSD. *Envelhecimento, saúde e políticas públicas*. IV. Série. Caxias do Sul: Educs, 2007.
16. Motta LB, Caldas CP, Assis M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ. *Ciência e Saúde Coletiva*, julho-agosto, v. 13, n. 004. Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2008, p. 1143-51.
17. NETTO MP. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 2002.
18. Christophe M, Camarano AM. Dos asilos às instituições de longa permanência: Uma história de mitos e preconceitos. In: Camarano AM (Organizadora). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010. p. 145 – 162.
19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2003.
20. Camarano AM, Scharfstein EA. Instituição de longa permanência para idosos: Abrigo ou retiro? In: Camarano AM (Organizadora). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010. p. 163 – 186.
21. Brink TL. *Psicoterapia Geriátrica*. Tradução de Ernani Pavaneli de Moura. Rio de Janeiro: Imago, 1983.
22. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 1996.
23. Saldanha AL, Caldas CP. *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.
24. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada -RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. *Diário Oficial da União*, 2011.

25. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Norma Brasileira (NR) 9050, de 30 de junho de 2004. *Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*. Disponível em:

http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_24.pdf

26. Santos FMM. *Centros Integrados de Cuidados ao Idoso: Arquitetura e Humanização*. 2008. Disponível em:

http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/monografias/centros_integrados_cuidados_idoso.pdf

27. Pessoa LR, Ferla AA, Ferraso M, Vargas LM. Cuidado ao idoso e envelhecimento: análise de novos dispositivos para as políticas públicas. In: Herédia VBM, De Lorenzi DRS, Ferla AA (Organizadores). *Envelhecimento, saúde e políticas públicas*. 1 ed. Caxias do Sul, 2007, v. , p. 181-213.

PSSR trabalhou na revisão bibliográfica, coleta de dados, análise de dados, análise e discussão dos resultados.

NRMC trabalhou na revisão bibliográfica, análise e discussão dos resultados.

RSR trabalhou na análise e discussão dos resultados e revisão.

TDN trabalhou na revisão.