

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

PATRÍCIA SILVA DA SILVA ROSA

**CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA
IDOSOS DO MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ/RS**

Porto Alegre

2010

PATRÍCIA SILVA DA SILVA ROSA

**CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA
IDOSOS DO MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Profª Drª Lisiane M. G. Paskulin

Porto Alegre

2010

AGRADECIMENTOS

À professora Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, por ter aceitado orientar este trabalho, pela acolhida e pelos ensinamentos e momentos de dedicação à orientação deste estudo.

À professora Érica Rosalba Mallmann Duarte por oferecer apoio e pela amizade construída durante esta caminhada;

À professora, Prof^a Anne Marie Weissheimer por ter ajudado com os procedimentos institucionais como os Comitês de Pesquisa e de Ética da UFRGS;

Às professoras Stela Nazareth Meneghel e Eliane Pinheiro de Moraes por terem aceitado o convite para fazer parte da banca e contribuir com o nosso trabalho;

À professora Profa. Nair Regina Ritter Ribeiro por sua disponibilidade e dedicação;

Aos meus pais, Cristina e Cláudio, por terem me dado todo o apoio e amor, me ensinado todos os valores que carrego, além de serem pais são verdadeiros amigos;

Ao meu marido, Rafael, por oferecer seu amor, me apoiar e compreender quando dizia que estava ocupada;

À minha irmã, Nathália, pelo seu amor e carinho, e pelos momentos de descontração;

Aos colegas da Vigilância em Saúde de Gravataí, especialmente a Pierina, a Suelen e a Denise, que me incentivaram para a realização da pesquisa.

RESUMO

O objetivo do estudo foi caracterizar as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do município de Gravataí a partir de dados secundários tendo por base a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283/2005 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Trata-se de um estudo descritivo observacional e transversal. Foram utilizados como fontes de dados os relatórios de vistorias realizadas de março de 2009 a março de 2010, presentes nos processos internos e de viabilidade da equipe de Vigilância em Saúde do município de Gravataí. Os dados foram coletados por meio de um instrumento de pesquisa contendo a identificação da instituição e variáveis de interesse para análises relacionadas à organização; recursos humanos; usuários; sistema de informações e estrutura física. Utilizou-se a análise estatística descritiva com frequência absoluta e percentual e os dados coletados foram gerenciados no programa Microsoft Excel 2003. O estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), pelo Comitê de Ética da UFRGS e pelo Núcleo de Educação da Secretaria Municipal da Saúde de Gravataí. Constatou-se que, no município de Gravataí, havia 18 ILPIs, uma ainda não possuía alvará sanitário. Sendo que, duas instituições não apresentavam registros de responsável técnico (RT), quatro RT possuíam carga horária de 20 horas semanais. Quanto aos recursos humanos, às categorias profissionais e as ocupações mais frequentes foram cuidadores, nutricionista, assistente social, enfermeiro, cozinheiro e auxiliar de serviços gerais e de lavanderia. Constatou-se também que os usuários independentes prevaleceram no total dos idosos institucionalizados em Gravataí. Todas as instituições apresentavam registros atualizados dos usuários. Em relação à estrutura física, verificou-se que cinco instituições não tinham aprovação de projeto arquitetônico junto à autoridade sanitária local. Sabe-se que o município é espaço de ações para as práticas de saúde, sendo assim a Vigilância em Saúde deve desenvolver ações educativas junto as ILPIs, visando ao conhecimento da legislação pertinente, promovendo esclarecimentos, exigências e, ainda, organização administrativa e qualificação dos serviços prestados. Entende-se que a proposta da Vigilância em Saúde pretende ir além do caráter punitivo como anteriormente considerada, tem como objetivo principal a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações de determinados territórios. Sendo assim, garantindo a integralidade da atenção, incluindo tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Descritores: Idoso. Saúde do Idoso. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Vigilância.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1:	Organização do trabalho de Vigilância em Saúde.....	15
Tabela 1:	Caracterização das ILPIs do município quanto à organização. Gravataí/RS, 2010.....	21
Tabela 2:	Distribuição das categorias profissionais e ocupações que compunham o quadro de recursos humanos da ILPI. Gravataí/RS, 2010.....	22
Tabela 3:	Distribuição dos cuidadores, de auxiliares e técnicos em enfermagem por ILPI do município de Gravataí/RS, 2010.....	23
Tabela 4:	Distribuição dos usuários do ILPI de acordo com o grau de dependência. Gravataí/RS, 2010.....	24
Tabela 5:	Caracterização das ILPIs quanto à estrutura física. Gravataí/RS, 2010.....	24

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	OBJETIVO.....	10
3	CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	11
3.1	POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO NO BRASIL.....	11
3.2	O SUS E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	14
3.3	O ENVELHECIMENTO E AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS.....	16
4	MÉTODOS.....	18
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	18
4.2	CAMPO DE ESTUDO.....	18
4.3	COLETA DE DADOS.....	19
4.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	20
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	20
5	RESULTADOS.....	21
6	DISCUSSÃO.....	25
7	CONCLUSÕES	33
	REFERÊNCIAS.....	36
	APÊNDICES.....	41
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
	APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS	
	ANEXOS.....	45
	ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS	
	ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS	
	ANEXO C – CARTA DE APROVAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE GRAVATAÍ.....	

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional foi inicialmente observado em países desenvolvidos, todavia, atualmente, é nos países em desenvolvimento que a população idosa tem aumentado significativamente. Nos primeiros, o envelhecimento ocorreu junto às melhorias das condições gerais de vida. Já nos países em desenvolvimento, esse 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 novas demandas. O envelhecimento populacional está relacionado à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente, a redução da fecundidade, da mortalidade infantil e do aumento da esperança de vida (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

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, 80% deles nos países em desenvolvimento. A população mundial que mais cresce é a de 80 anos ou mais e poderá passar de 11% em 2007 para 19% em 2050 (WHO, 2005).

No Brasil, o número de idosos em 1960 era de 3 milhões. Em 2009, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística estimava que havia cerca de 19,4 milhões de idosos (IBGE, 2009), ocorrendo um aumento de quase 700% em menos de 50 anos. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005) estima que, em duas décadas, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Em 2050, a expectativa no Brasil e, em todo o mundo, é de que haverá mais idosos do que pessoas abaixo de 15 anos, sendo esse fenômeno nunca antes observado (BRASIL, 2006b). Segundo Veras (apud ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003, p. 499) “o Brasil atual é um país jovem de cabelos brancos”.

O fenômeno do envelhecimento traz consigo grande impacto social exigindo mudanças desde o nível das políticas públicas até o do núcleo familiar. Uma questão importante para a gestão das políticas públicas em saúde é o aumento da demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos. Para Pollo e Assis (2007), a procura por ILPIs decorre da escassez de alternativas para os familiares manterem seus velhos em casa e da existência de idosos sem referência familiar. 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.

Segundo a RDC nº 283/2005 da ANVISA as ILPIs são “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” (ANVISA, 2005). A resolução estabelece normas de funcionamento para as ILPIs atendendo aos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais das pessoas idosas no que se refere à qualidade dos serviços prestados por essas instituições. Define ainda a organização legal do local e pré-requisitos relativos à infraestrutura física. A aplicação desta RDC é um grande desafio tanto para os órgãos fiscalizadores como para as instituições no que tange à adequação à legislação, e superação do paradigma de atendimento enquanto caridade e assistencialismo para o de prestação de serviços com qualidade e garantia dos direitos da pessoa idosa (POLLO; ASSIS, 2007).

A partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o município é o espaço de ação das práticas em saúde, sendo tarefa deste o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente à saúde (BRASIL, 1990; EDUARDO & MIRANDA, 1995). Nesse contexto, a Vigilância em Saúde se organiza de acordo com os problemas de saúde da sociedade, articulando estratégias de intervenção individual e coletiva, baseando-se em um saber interdisciplinar e um fazer intersetorial (MENDES, 1996 *apud* VIDAL; DIAS; OLIVEIRA; MENEGHEL, 2008). Tem por finalidade colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade (TEIXEIRA, 2004b).

Sendo assim, a aplicação da RDC 283/2005 é realizada por uma equipe de profissionais da saúde vinculados à Vigilância em Saúde, com a finalidade de adequar as instituições às especificidades locais a partir de atividades educativas e orientadoras.

A cidade de Gravataí, local escolhido para a realização deste estudo, conta com o Sistema de Vigilância em Saúde desde 2000. Atualmente, encontra-se em Gestão Plena do Sistema Municipal, ou seja, compete a ele tomar decisões em nível local. Sendo assim, o município tem a garantia do pleno exercício das atividades de inspeção, de avaliação e de educação sanitária. A Vigilância em Saúde de Gravataí utiliza a RDC nº 283/2005 da ANVISA para realizar as vistorias nas ILPIs.

A temática investigada é oriunda da trajetória profissional da própria pesquisadora, tendo em vista que a mesma é servidora pública lotada como técnica em enfermagem na Vigilância em Saúde no município de Gravataí.

A relevância do estudo consiste no fato de compreender melhor o contexto em que as instituições se encontram para planejar a atenção à saúde da população idosa

institucionalizada do município de Gravataí, assegurando a qualidade e eficácia dos serviços prestados e também diminuindo ao máximo os riscos que possam ser oferecidos à vida e à saúde destes, dando ênfase no trabalho educacional.

Acredita-se que o estudo trará contribuições aos profissionais de enfermagem na medida em que conhecerem as características que as ILPIs devem possuir para atender às necessidades das pessoas desta faixa etária e os riscos que os idosos institucionalizados podem estar expostos. Permitirá também contextualizar esse tema de estudo para os profissionais de saúde do município, auxiliando-os no cumprimento de suas obrigações éticas e desenvolvimento de ações para a promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de agravos.

Diante do que foi mencionado, a autora levantou os seguintes questionamentos que irão orientar o estudo: como estão estruturadas e organizadas as ILPIs localizadas no município de Gravataí? Que profissionais atuam nessas instituições? Quem são os usuários desses serviços?

2 OBJETIVO

O objetivo do estudo foi caracterizar as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do município de Gravataí a partir de dados secundários tendo por base a RDC 283/2005 da ANVISA.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

3.1 Políticas de atenção ao idoso no Brasil

As políticas de atenção ao idoso no Brasil começaram ser estabelecidas somente na década de 90, após a realização da Primeira Assembléia Mundial sobre Envelhecimento promovida pela OMS em 1982. Representantes de 124 países de todo o mundo, incluindo o Brasil, participaram dessa assembléia. Neste fórum, foi estabelecido um Plano de Ação para o Envelhecimento, com o objetivo de sensibilizar os governos e sociedades para a necessidade de direcionar políticas públicas voltadas para os idosos, bem como alertar para o desenvolvimento de estudos futuros sobre os aspectos do envelhecimento (RODRIGUES et al., 2007).

Em reconhecimento à importância do envelhecimento populacional no Brasil, foi aprovada em 1994 a Lei Federal Nº 8.842, que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI). A Lei 8.842/1994 foi posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996 (BRASIL, 1996). Como previsto nessa Lei, considera-se idoso a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. O artigo 3º, parágrafo I, cita como dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à pessoa idosa todos os direitos da cidadania, garantindo a sua participação na comunidade (BRASIL, 1996). A PNI prioriza que o idoso seja cuidado pela família, ao invés de ser atendido em instituições asilares, sendo a responsabilidade da família reforçada no Estatuto do Idoso de 2003. Essas políticas acabam por reforçar o preconceito já existente na sociedade de que os idosos institucionalizados o são por falta de atenção da família e reduzindo o papel do Estado (SOUZA, 2008).

O Decreto nº 1.948/96, artigo 3º, estabelece formas distintas de atendimento aos idosos. A modalidade asilar é definida como (BRASIL, 1996) “atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social”. No artigo 4º desse mesmo decreto são consideradas como modalidade não-asilares de atendimento: o centro de convivência, o centro de cuidados diurno (hospital-dia e centro-dia), a casa-lar, a oficina abrigado de trabalho e o atendimento domiciliar. Estas modalidades destinam-se a atender o idoso apenas por determinado período do dia (BRASIL, 1996).

A Lei N° 10.741 de 1° de outubro de 2003, mais conhecida com o Estatuto do Idoso, é considerado uma conquista para a efetivação dos direitos humanos do idoso, garantindo-lhe a proteção à vida e à saúde. O estatuto estabelece que as entidades de atendimento ao idoso sejam fiscalizadas pelos: Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária, entre outros. Sanções penais e administrativas são também previstas para quem descumprir os direitos dos idosos (BRASIL, 2003).

A Portaria 1.395/1999 aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). Esta política visa à promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional da pessoa idosa por mais tempo, dando ênfase à valorização da autonomia e também a independência física e mental. Foi definido como diretrizes da PNSI (BRASIL, 1999):

- a) A promoção do envelhecimento saudável direcionado ao desenvolvimento de ações que possam orientar os idosos e também o indivíduo que está envelhecendo em relação à importância da melhoria das suas habilidades funcionais, após a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida, a eliminação de comportamentos nocivos à saúde, além de orientar os idosos e seus familiares quanto aos riscos ambientais que favoreçam as quedas, podendo vir a comprometer a sua capacidade funcional.
- b) A manutenção da capacidade funcional referente a ações que visem à prevenção das perdas funcionais, em dois níveis específicos: 1) prevenção de agravos à saúde do idoso através das imunizações (contra o tétano, a pneumonia pneumocócica e a influenza); 2) reforçar ações dirigidas para detecção precoce de enfermidades não-transmissíveis (prevenção de doenças nutricionais, de isolamento social, avaliação das capacidades funcionais e perdas funcionais, entre outras).
- c) Assistência às necessidades de saúde do idoso, compreendido nos âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar.
- d) Reabilitação da capacidade funcional comprometida com ênfase na reabilitação precoce, sendo necessária, uma equipe multiprofissional.
- e) Capacitação de recursos humanos especializados, com articulação intersetorial, de forma que o setor saúde possa dispor de pessoal em qualidade e quantidade adequadas, e sendo de responsabilidade das três esferas de governo.

- f) Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, buscando a desenvolver parcerias entre os profissionais da saúde e as pessoas próximas aos idosos responsáveis pelos cuidados diretos.
- g) O apoio a estudos e pesquisas será de responsabilidade dos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, assegurando-se as áreas de conhecimento de suas especialidades.

A PNSI foi atualizada pela Portaria, GM nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Essa define que a atenção à saúde do idoso terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família. Conta também com as referências às redes de serviços especializados de média e alta complexidade.

Um ano antes, em 2005, entrou em vigor a da Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 283. A RDC adota o termo Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e estabelece normas de funcionamento desta modalidade assistencial. Segundo o documento, como já anteriormente citado, as ILPIs são "instituições governamentais ou não-governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania" (ANVISA, 2005).

A resolução estabelece normas de funcionamento para as ILPIs atendendo aos direitos (civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais) das pessoas idosas no que se refere à qualidade dos serviços prestados por essas instituições, definindo ainda a organização legal do local (alvará sanitário) e pré-requisitos relativos à infraestrutura física da casa.

Ressalta-se ainda a Portaria MS nº 399/06, que define o Pacto pela Saúde. O Pacto agrega três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. O Pacto em Defesa da Vida traz como uma das prioridades a atenção à saúde do idoso, a partir da implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) de 2006 (BRASIL, 2006a).

Essas políticas nacionais embasam o Projeto RS Amigo do Idoso, que vem sendo implantado no estado do Rio Grande do Sul. O projeto está assentado no conceito de envelhecimento ativo da OMS (PROJETO..., 2009). O envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Assim, o envelhecimento ativo reconhece os direitos humanos dos idosos e está baseado nos princípios de participação, dignidade, independência, assistência e autorrealização, apoiando a participação destes nas

questões relacionadas à vida em comunidade e a políticas (WHO, 2005). Este assume um enfoque coletivo, mostrando a necessidade de criação de ambientes de apoio e promoção de hábitos saudáveis para os idosos. As relações interpessoais e as redes de suporte social também devem ser estimuladas uma vez que funcionam como determinantes desse envelhecimento ativo (PAÚL, 2005).

3.2 O SUS e a Vigilância em Saúde

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária, que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, propunha que a saúde fosse um direito do cidadão, um dever do Estado e que o acesso fosse universal a todos os bens e serviços que a promovessem e recuperassem a saúde (TEIXEIRA, 2004a). A Constituição Federal de 1988 implantou o SUS no país. O SUS foi posteriormente regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990. O Sistema brasileiro tem como princípios e diretrizes a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular (BRASIL, 1990b).

A Lei 8.080/90 enfatiza a municipalização dos serviços e das ações de saúde, ou seja, municipalizar envolve a transferência para as cidades da responsabilidade e dos recursos necessários para que as mesmas exerçam plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território. Sendo assim, entende-se que o SUS tende a ser um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, resgatando o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente à saúde coletiva (TEIXEIRA, 2004b).

A proposta da Vigilância em Saúde se constrói nesse movimento de implantação do SUS, visando à construção de um novo modelo de atenção à saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2005). Anteriormente a esse período, o conceito de vigilância estava apenas relacionado às noções de saúde/doença presentes em cada momento histórico e também diferentes práticas de controle das doenças (MENEGHEL et al., 2008). Era implementada de forma compartimentada por meio da Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador.

A proposta de Vigilância em Saúde pretende ir além de uma simples mudança de denominação, sendo uma abordagem mais ampla que as práticas tradicionais adotadas até então, operacionalizando os princípios do SUS (BRASIL, 2007). A Vigilância em Saúde é considerada um dos pilares de sustentação do princípio da integralidade, pois visa à integração das ações e dos serviços de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

A Vigilância em Saúde se organiza de acordo com os problemas de saúde da sociedade, articulando estratégias de intervenção individual e coletiva, baseando-se em um saber interdisciplinar e um fazer intersetorial (MENDES, 1996 *apud* MARTINS et al, 2008). Articula o enfoque populacional (promoção), com o enfoque de risco (proteção) e o clínico (assistência) (TEIXEIRA, 2004b), dando ênfase à educação permanente em Vigilância em Saúde (BRASIL, 2009). Sendo assim, esta busca incorpora os determinantes do processo saúde-doença, para planejar as ações de prevenção de danos ou agravos, de promoção e recuperação da saúde individual e coletiva dos diferentes grupos populacionais (MARTINS et al., 2008).

São entendidas como ações da Vigilância em Saúde: integrar intra-institucionalmente as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador; analisar a situação de saúde de grupos populacionais; identificar e gerenciar os riscos dos diversos ambientes do convívio humano; planejar a saúde com enfoque estratégico-situacional; organizar tecnologicamente o trabalho em saúde, estruturar práticas articuladas de prevenção de doenças e agravos, bem como de promover, recuperar e reabilitar a saúde de grupos populacionais, em suas dimensões coletivas e individuais (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

O Quadro 1 a seguir sintetiza a organização do trabalho da Vigilância em Saúde:

SUJEITO	OBJETO	MEIOS DE TRABALHO	FORMAS DE ORGANIZAÇÃO
Equipe de saúde População (cidadões).	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde.	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico- sanitárias.	Políticas públicas saudáveis Ações intersetoriais: 1. Intervenções específicas de promoção, prevenção e recuperação; 2. Operações sobre problemas e grupos populacionais.

Quadro 1: Organização do trabalho da Vigilância em Saúde.

Fonte: Teixeira *et al*; 1998.

A Vigilância em Saúde propõe a inserção de novos sujeitos à prática de saúde. A prática social não é monopólio dos profissionais e trabalhadores de saúde; vai além das

determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, considera as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida. Nas intervenções utilizam-se tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional junto a tecnologias médico-sanitárias. Essas estimulam a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

3.3 O envelhecimento e as Instituições de Longa Permanência para Idosos

A longevidade é considerada uma conquista da humanidade. Todavia, só pode ser uma real conquista se os idosos viverem estes anos adicionais com qualidade (VERAS, 2009). Este fenômeno representa desafios a serem enfrentados pelas famílias, sociedade e os formuladores de política.

Muitas vezes, as pessoas idosas demandam cuidados para realizar as atividades de vida diária, porém há uma diminuição de descendentes para cuidá-los. A mulher, culturalmente reconhecida como aquela que cuida do outro, está enfrentando dificuldades para conciliar suas tarefas diárias e assumir mais esta função na família (POLLO; ASSIS, 2007). As dificuldades encontradas pelos familiares para manter seus idosos em casa e a existência de velhos sem referência familiar têm impulsionado a procura por ILPIs.

As ILPIs são frequentemente malvistas. Até pouco tempo eram denominadas asilos. No Brasil no século XIX, os asilos misturavam pobres, desamparados, abandonados, idosos e doentes mentais (SOUZA, 2008), com o objetivo de tirá-los da sociedade (POLLO; ASSIS, 2007).

As famílias que colocam seus velhos em instituições são consideradas como aquelas que abandonam seus idosos. Com isso, este também se sente rejeitado pela família (SOUZA, 2008).

O idoso não precisa estar morando com a família para receber afeto. Às vezes, o lar pode ser um local com situações precárias e maus tratos comprometendo as condições de vida e a saúde do idoso. A família também pode dar afeto ao idoso que reside na ILPI por meio de visitas, passeios e até mesmo levando-o para casa ou para festas (SOUZA, 2008). Entretanto, estas instituições têm que dar condições de vida às pessoas idosas que nelas residem.

A primeira pesquisa nacional sobre as "Condições de funcionamento e de infraestrutura nas instituições de longa permanência para idosos no Brasil" foi realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em parceria com a Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH) da Presidência da República e o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI). O objetivo da mesma foi gerar informações que possibilitassem ao Estado e à sociedade civil adequarem as suas ações no sentido de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelas Instituições de Longa Permanência para idosos no Brasil (SOUZA, 2008).

4 MÉTODOS

Nessa etapa, será descrita a metodologia norteadora do presente estudo.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo observacional e transversal. Segundo ROUQUARYROL; ALMEIDA FILHO (2003), nos estudos observacionais, o posicionamento do pesquisador consiste em observar de forma metódica e acurada o objeto de estudo com o mínimo de interferência nos objetos de investigação. Os mesmos autores definem, ainda, a temporalidade do desenho do estudo, como de caráter instantâneo, já que a produção dos dados é realizada em um único momento no tempo.

4.2 Campo do estudo

A pesquisa foi realizada junto ao Serviço de Vigilância em Saúde do município de Gravataí. A Vigilância em Saúde, no município, é composta por: Setor de Vigilância Sanitária (VISA), Setor de Vigilância Ambiental (VIAM), Setor de Vigilância Epidemiológica (VIEP) e Setor de Saúde do Trabalhador. Este serviço conta com profissionais de diversas áreas, como enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, médico veterinário, nutricionistas, odontólogos, arquiteto, agentes de saúde, fiscais sanitários, auxiliares administrativos e motoristas.

Em 2009, o IBGE estimava haver nesse município uma população total de 269.445 habitantes, sendo que 25.645 desses são maiores de 60 anos. Em dezembro de 2009 estavam habilitadas com alvará sanitário 16 Instituições de Longa Permanência para Idosos, todas de caráter privado. É a equipe de Vigilância Sanitária quem faz as fiscalizações destes estabelecimentos, de caráter público e privado, indistintamente, na defesa da população.

4.3 Coleta de dados

Foram utilizados como fontes de dados um relatório de vistoria de cada ILPI realizada de março de 2009 a março de 2010, presentes nos processos internos (denúncia e rotina) ou de viabilidades da equipe de Vigilância em Saúde (VIEMSA) do município de Gravataí. Os dados foram coletados no mês de maio de 2010. Estes foram coletados por meio de um instrumento de pesquisa construído com base no roteiro de inspeção utilizado pela VIEMSA de Gravataí (APÊNDICE A) e referências descritas a seguir. Contém a identificação da instituição e variáveis de interesse para análises relacionadas à organização (presença de Alvará Sanitário, responsável técnico, carga horária); recursos humanos (categorias profissionais e ocupações, registro no conselho de classe); usuários (número de idosos e grau de dependência); sistema de informações (existência de registros dos cuidados realizados pelos profissionais); estrutura física (aprovação de projeto e presença de quartos e sanitários). Ao final do instrumento foi aberto um item para outras observações que se fizessem necessário.

As variáveis relativas à organização do serviço foram categorizadas conforme a RDC 283/2005: identificou se as instituições possuíam alvará sanitário expedido pela VIEMSA municipal; presença de responsável técnico e formação profissional, além de sua carga horária.

Quanto às variáveis recursos humanos foram utilizadas para classificação as categorias profissionais presentes nos processos. As ocupações foram designadas conforme a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO – (BRASIL, 2002), que tem por finalidade a identificação das ocupações no mercado de trabalho. Entre as ocupações presentes destaca-se a dos cuidadores. Os cuidadores de idosos têm sua atividade registrada na CBO descrita como: acompanhante de idosos, cuidador de pessoas idosas e dependentes, cuidador de idosos domiciliares, cuidador de idosos institucionais (CBO, 2010). O cuidador também é descrito pela RDC 283/2005 como a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações nas atividades da vida diária em instituições (ANVISA, 2005). Também foi observado se todos os profissionais de nível superior e técnico possuíam registros nos seus conselhos de classe.

Os usuários foram classificados quanto ao grau dependência, conforme estabelecido pela própria Resolução da ANVISA:

- a) Grau de Dependência I (GI): idosos independentes, mesmo que utilizem equipamentos de autoajuda;
- b) Grau de Dependência II (GII): idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária como alimentação, higiene; sem alteração cognitiva ou com comprometimento cognitivo controlado;
- c) Grau de Dependência III (GIII): idosos que necessitam de assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo.

Quanto à estrutura física as instituições foram categorizadas quanto à presença aprovação de projeto arquitetônico aprovado na VIEMSA do município de Gravataí; à presença de quartos e sanitários separados por sexo e de vestiário e sanitário de uso exclusivo para os funcionários.

4.4 Análise dos dados

Os dados coletados foram gerenciados no programa Microsoft Excel versão 2003. Foi realizada análise estatística descritiva com frequência absoluta e percentual (POLIT; HUNGLER, 1995).

4.5 Aspectos éticos

O presente projeto foi submetido à avaliação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (ANEXO A) e do Comitê de Ética da UFRGS (ANEXO B) para avaliação da adequação ética e metodológica como prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e posteriormente, ao Núcleo de Educação da Secretaria Municipal da Saúde de Gravataí (ANEXO C). A pesquisadora e a professora responsável assinaram um termo de compromisso na utilização dos dados (APÊNDICE B). Os instrumentos da pesquisa serão guardados por cinco anos com a pesquisadora.

5 RESULTADOS

No município de Gravataí, até abril de 2010, havia 18 ILPIs. Conforme relatórios de vistorias disponível na Vigilância em Saúde (VIEMSA) do município, apenas uma instituição (5,6%) ainda não possuía Alvará Sanitário expedido pelo Órgão Sanitário competente (Tabela 1).

Verifica-se ainda na mesma Tabela que duas (11,11%) ILPIs não possuíam registros identificando quem era o Responsável Técnico (RT) pelo serviço. Das 16 instituições que possuíam RT, 11 (68,75%) dos responsáveis eram enfermeiros; quatro (25%) assistentes sociais e um (6,25%) terapeuta ocupacional. Quanto à carga horária do RT, apenas quatro profissionais (25%) possuíam vínculo de trabalho com carga horária de 20 horas semanais, sete (43,75%), carga horária de 10 horas e um (6,25%), carga horária de 16 horas. Observa-se também que quatro (25%) responsáveis técnicos não apresentaram à VIEMSA documento com registros de horas de serviço realizado por semana na Instituição. Quanto à Certidão de Responsabilidade Técnica pela instituição, identificou-se que um terapeuta ocupacional e seis dos 11 enfermeiros RT possuem certidão de responsabilidade técnica pelo serviço emitida pelo Conselho de Classe. Nenhum dos quatro assistentes sociais possuía a anotação de responsabilidade técnica.

Tabela 1 - Caracterização das ILPIs do município quanto à organização. Gravataí/RS, 2010.

ORGANIZAÇÃO	N	%
Alvará Sanitário		
Sim	17	94,40
Não	01	5,60
Total	18	100,00
Responsável Técnico		
Sim	16	88,89
Não	02	11,11
Total	18	100,00
Profissão do RT		
Enfermeiro	11	68,75
Assistente Social	04	25,00
Terapeuta Ocupacional	01	6,25
Total	16	100,00
Carga horária semanal do RT		
10 horas	07	43,75
16 Horas semanais	01	6,25
20 horas	04	25,00
Sem registro	04	25,00

Fonte: Relatórios de vistoria da VIEMSA do município de Gravataí/2010.

Quanto aos recursos humanos, conforme a Tabela 2 observa-se que as instituições do município de Gravataí declararam contar com diferentes profissionais e ocupações em seus quadros. Segundo os registros, 100% das ILPIs ofereciam serviços prestados por nutricionista; (16 instituições) 88,9% por assistente social; 15 (83,33%) por enfermeiro, 5 (27,79%) por médico e um (5,56%) por terapeuta ocupacional. Além destes profissionais, era disponibilizado em uma (5,56%) das instituições, serviços de pedagogia e de fisioterapia. Também foram identificados profissionais de nível técnico, sendo eles auxiliares e técnicos em enfermagem. Constatou-se que, em 16 (88,90%) ILPIs, havia técnico em enfermagem, e apenas duas (11,11%) possuíam auxiliares de enfermagem no seu quadro funcional. De acordo com os dados coletados, todos os profissionais de nível superior e técnico possuíam registros nos seus conselhos de classe.

Das 18 instituições existentes em Gravataí, duas (11,11%) não apresentavam contratos com cozinheiro e três (16,67%) não possuíam profissional para o serviço de lavanderia e de limpeza. Identificou-se também que 13 (72,22%) ILPIs possuíam cuidadores

Tabela 2 - Distribuição das categorias profissionais e ocupações que compunham o quadro de recursos humanos da ILPI. Gravataí/RS, 2010

RECURSOS HUMANOS	N	%
Nutricionista	18	100,00
Assistente Social	16	88,90
Cozinheiro	16	88,90
Técnico em enfermagem	16	88,90
Enfermeiro	15	83,33
Auxiliar de lavanderia	15	83,33
Auxiliar de limpeza	15	83,33
Cuidador de Idosos	13	72,22
Médico	05	27,79
Auxiliar de Enfermagem	02	11,11
Pedagoga	01	5,56
Fisioterapia	01	5,56
Terapeuta Ocupacional	01	5,56

Fonte: Relatórios de vistoria da VIEMSA do município de Gravataí/2010

A Tabela 3 apresenta a distribuição de enfermeiros, cuidadores, de auxiliares e técnicos em enfermagem por instituição. Identifica-se que as instituições que não possuíam cuidadores apresentavam auxiliares e/ou técnicos de enfermagem prestando cuidados aos idosos. Observa-se ainda que o número total de cuidadores constatado é semelhante ao de técnico em enfermagem. Na mesma tabela, verifica-se que das 17 instituições que contavam com auxiliar e/ou técnico em enfermagem duas (11,76%) não apresentavam enfermeiro no seu quadro funcional. Uma instituição, mesmo possuindo apenas cuidadores, apresentava o profissional enfermeiro.

Tabela 3 - Distribuição dos cuidadores, de auxiliares e técnicos em enfermagem por ILPI do município de Gravataí/RS, 2010.

ILPI	ENFERMEIRO	CUIDADORES	AUX ENF	TÉC ENF
	N	N	N	N
I*	1	3	-	2
II	1	1	-	2
III	1	1	-	2
IV	1	2	-	1
V	1	-	-	2
VI	-	-	-	3
VII	1	4	-	5
VIII	1	4	-	5
IX	1	-	2	4
X	1	-	-	2
XI	1	11	-	-
XII	1	-	-	3
XIII	1	1	-	4
XIV	-	2	-	2
XV	1	4	-	5
XVI	1	5	-	2
XVII	1	2	-	1
XVIII	-	1	1	1
TOTAL	15	41	03	46

*As ILPI do município foram identificadas por números romanos.

Fonte: Relatórios de vistoria da VIEMSA do município de Gravataí/2010.

Em relação ao grau de dependência dos usuários residentes nas ILPI observa-se na Tabela 4 que quatro (22,22%) das instituições não haviam disponibilizado à VIEMSA a relação do grau de dependência de cada idoso. Verifica-se que em sete (50%) das 14 ILPIs que disponibilizaram o grau de dependência dos usuários, houve maior prevalência de idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária, sem alteração cognitiva ou com comprometimento cognitivo controlado. Havia ainda cinco (35,37%) instituições onde predominaram idosos independentes, mesmo que utilizassem equipamentos de autoajuda. Constatou-se também que apenas uma (7,14%) instituição apresentou a maioria dos idosos que necessitava de assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo; e outra (7,14%) ILPI possuía o mesmo número de usuário com grau de dependência I e II.

Na mesma tabela, observa-se que os usuários com grau de dependência I são os que prevaleceram no total dos idosos institucionalizados em Gravataí seguido por idosos com grau de dependência II e III. A média de residentes nas instituições do município era de 10,61 idosos, variando de um a 30.

Tabela 4 – Distribuição dos usuários por ILPI de acordo com o grau de dependência. Gravataí/RS, 2010.

ILPI	G1	G2	G3	TOTAL
I	02	06	01	09
II	11	07	01	19
III	-	-	-	-
IV	03	06	02	11
V	00	02	00	02
VI	-	-	-	-
VII	09	03	03	15
VIII	08	08	00	16
IX	21	07	02	30
X	00	01	00	01
XI	-	-	-	-
XII	02	03	00	05
XIII	07	08	00	15
XIV	03	09	14	26
XV	14	03	02	19
XVI	-	-	-	-
XVII	11	02	01	14
XVIII	01	08	00	09
TOTAL	92	73	26	191

Fonte: Relatórios de vistoria da VIEMSA do município de Gravataí/2010.

Quanto ao sistema de informação, segundo os dados coletados nos relatórios de vistoria, 100% das ILPIs possuíam registros atualizados de cada idoso. Todavia, uma (5,56%) não apresentava registro de profissionais de nível superior e outra (5,56%) possuía registros sem assinatura do responsável pela evolução.

Em relação à estrutura física, constatou-se que 13 (72,22%) instituições possuíam aprovação de projeto arquitetônico junto à autoridade sanitária local (Tabela 5). Quanto à presença de dormitórios e sanitários coletivos separados por sexos identificou-se que todas as IPLI apresentavam na sua estrutura física esta característica. Somente três (16,67%) instituições não possuíam vestiário e sanitário para funcionários; sendo que, em duas (66,67%) dessas, os proprietários residiam no mesmo terreno do serviço, e os funcionários utilizavam as dependências das residências dos mesmos.

Tabela 5 - Caracterização das ILPIs quanto à estrutura física. Gravataí/RS, 2010.

ESTRUTURA FÍSICA	N	%
Aprov. proj. arquitetônico		
Sim	13	72,22
Não	05	27,78
Dependências separadas		
Sim	18	100,00
Não	-	-
Dependências funcionários		
Sim	15	83,33
Não	03	16,67

Fonte: Relatórios de vistoria da VIEMSA do município de Gravataí/2010.

6 DISCUSSÃO

A RDC 283/2005 define que toda ILPI deve possuir alvará atualizado expedido pelo órgão sanitário competente. Em Gravataí, havia uma ILPI com apenas um usuário e sem alvará sanitário. O Ministério Público do município só caracteriza um serviço como ILPI se a mesma possuir mais de dois residentes. Baseada neste fato, a Vigilância em Saúde avalia cada situação individualmente e estabelece prazos para que a instituição regularize a situação; foi o que ocorreu no caso da ILPI citada.

Quanto ao Responsável Técnico (RT) pelo serviço, este deve ter formação de nível superior. A RDC 283/2005 não estabelece que o RT deva possuir graduação na área da saúde, sendo assim qualquer profissional com nível superior poderá desenvolver a atividade de coordenação técnica na ILPI, desde que o seu conselho de classe lhe forneça a Certidão de Responsabilidade Técnica. Compete ao RT responder pela instituição junto à autoridade sanitária local. Além disso, esse profissional tem responsabilidade pelos medicamentos administrados nos idosos, respeitados os regulamentos de vigilância sanitária (ANVISA, 2005).

Sabe-se que, no município de Gravataí, havia profissionais que declaravam ser o responsável técnico simultaneamente em quatro instituições. Caso estes realizassem 20 horas semanais, que é o que a Resolução da ANVISA estabelece, seria inviável, pois totalizaria 80 horas semanais. No presente estudo constatou-se também que, apenas 25% dos RT pelas instituições, possuíam carga horária de 20 horas. Portanto, supõe-se que os conselhos de classes desconhecem o que a RDC da ANVISA exige. Usa-se como exemplo o Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS), que, quando solicitado uma anotação de Responsabilidade Técnica pela instituição, os fiscais vão até as ILPIs e avaliam qual a carga horária necessária para o enfermeiro, emitindo então uma certidão de responsabilidade técnica pelo serviço de enfermagem e não pelo estabelecimento. Perante essa situação, a Vigilância em Saúde Municipal tem dificuldades para exigir o cumprimento desse item da Resolução da ANVISA, todavia orienta as instituições quanto à importância de possuir um RT com carga horária mínima de 20 horas semanais e solicita uma declaração do profissional que responde como o RT da ILPI.

A partir das competências do RT expostas, surgem questionamentos quanto à administração dos medicamentos. Como um profissional sem habilitação para o exercício

dessa função poderá assumi-la? Quando há prescrição de medicamentos, quem os controla? Entende-se que o profissional responsável pelos medicamentos administrados deva conhecer os princípios que envolvem a administração de medicamentos, ação, interações e efeitos colaterais, uma vez que um erro pode trazer graves consequências aos idosos institucionalizados. Destaca-se ainda que, muitas vezes, os medicamentos são administrados indiscriminadamente, o que é chamado de contenção física, numa justificativa de modificar o comportamento do idoso, porém também pode estar relacionada à deficiência na relação idoso/funcionário (SALDANHAS; CALDAS, 2004). Diante dessa situação, a VIEMSA atua com objetivo de diminuir ao máximo os riscos oferecidos à vida e à saúde dos usuários das ILPI do município de Gravataí, com isso sensibiliza os responsáveis pelas instituições da importância de possuir um RT com formação na área da saúde.

No caso específico da enfermagem, em 2009, o COREN-RS decretou a Decisão nº 006 que aprova as normatizações para o exercício do profissional Enfermeiro em relação à constituição e funcionamento das IPLIs. Toda instituição que desenvolva atividades de enfermagem, deve obrigatoriamente apresentar a Certidão de Responsabilidade Técnica de Enfermagem, sendo o requerimento feito pelo profissional enfermeiro que esteja atuando na ILPI. Quando existir profissional técnico em enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem que realize o cuidado aos idosos, é obrigatório haver enfermeiro para orientar e supervisionar o serviço de enfermagem (BRASIL, 1986). Observou-se no presente estudo que a maioria das instituições de Gravataí apresentava o enfermeiro no seu quadro funcional. Portanto, acredita-se que os responsáveis por essas ILPIs já possuíam conhecimento sobre a importância da sistematização da assistência de enfermagem (Histórico de Enfermagem, Exame Físico, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição da Assistência de Enfermagem, Evolução da Assistência de Enfermagem) ao idoso institucionalizado (COREN-RS, 2009).

A RDC 283/2005 estabelece também que as ILPIs devem apresentar recursos humanos, com vínculo formal de trabalho, garantindo as seguintes atividades: profissional para as atividades de lazer; para o serviço de limpeza; para o serviço de lavanderia; para o serviço de nutrição; e para prestar cuidados aos pacientes (cuidadores). Esta mesma Resolução não define quem devam ser estes profissionais, com exceção dos cuidadores. Entretanto, os conselhos profissionais da área da saúde preveem em resolução própria a existência de enfermeiro, nutricionista, assistente social, médico, terapeuta ocupacional nas ILPIs. Diante dessa situação, o Ministério Público de Gravataí firma Termo de Ajuste de Conduta (TAC) com as ILPIs exigindo que possuam profissionais de nível superior habilitados para o exercício das funções, no mínimo, o enfermeiro e o assistente social.

Contudo, é vedado ao enfermeiro exercer, ao mesmo tempo, funções assistenciais e administrativas na instituição (COREN-RS, 2009). O presente estudo mostrou que as ILPIs que possuíam enfermeiro havia apenas um profissional para exercer as duas funções. Acredita-se que as instituições poderiam sim apresentar apenas um enfermeiro no seu quadro funcional, desde que esse profissional tivesse maior carga horária. Que realizassem ainda atividades de educação permanente na área de gerontologia, com o objetivo de conhecer melhor o processo do envelhecimento e as técnicas envolvidas nos cuidados prestados aos idosos institucionalizados. Entende-se que é de primordial importância a presença do enfermeiro na ILPI, mesmo que não possam auxiliar e técnico em enfermagem, pois cuidados diretos aos idosos estão sendo prestados e precisam ser supervisionados e orientados por um profissional habilitado para essa função.

Quanto aos recursos humanos disponíveis, de modo geral, pode-se dizer que, nas ILPIs de Gravataí, há profissionais de diversas áreas da saúde. Percebe-se certa evolução na composição da equipe, pois até pouco tempo não se identificava à presença de equipe multiprofissional realizando cuidados às pessoas idosas institucionalizadas. Por outro lado como estes não atuam em tempo integral na instituição, muitas vezes, desconhecem os demais profissionais atuantes na equipe, podendo este fato interferir na continuidade e na qualidade dos serviços prestados. Observa-se que o trabalho numa perspectiva multidisciplinar, com uma visão integral da pessoa idosa, precisa ser alicerçado. Acredita-se que os profissionais atuantes nas instituições não devem focar apenas a doença e as limitações do idoso, mas pensar o bem-estar, a saúde, alimentação, educação, lazer ao idoso, ou seja, trabalhar com o idoso estimulando sua independência e preservando sua autonomia.

O trabalho multiprofissional em ILPIs demanda formação de uma equipe, realização de encontros frequentes para estudos de caso ou situações visando ao diagnóstico, à elaboração de plano de cuidado e à avaliação das ações (NETTO, 2002). Em uma perspectiva mais avançada, pode-se chegar à interdisciplinaridade, ou seja, capacidade de interagir e contribuir em diferentes áreas do conhecimento, a fim de desenvolver uma corresponsabilidade pela busca da resolução aos problemas de saúde das pessoas (HERÉDIA; FERLA; DE LORENZI, 2007).

Em relação aos cuidadores de idosos, a participação do SUS na formação permanente destes se firmou quando Ministério da Saúde lançou, em outubro de 2008, no Rio de Janeiro, o Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos a ser oferecido em 36 Escolas Técnicas do SUS em todo o país. Este projeto, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social, tem como objetivo proporcionar um olhar integral sobre o

indivíduo, qualificando a atenção prestada às pessoas idosas. A meta a ser atingida é formar 65 mil cuidadores até 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

No Estado do Rio Grande do Sul, como já apresentado, há o Projeto RS Amigo do Idoso. Seu objetivo é desenvolver ações que propiciem a inclusão social das pessoas idosas, respeitando a heterogeneidade, a diversidade regional, cultural, étnica, racial, de orientação sexual, além de potencialidades, habilidades e questões de gênero, estimulando autonomia, emancipação e independência (PROJETO..., 2009). Uma das linhas de propostas desse projeto é a capacitação dos Recursos Humanos, em especial os cuidadores de idosos. Gravataí é uma das cidades participantes desse projeto. Nas ILPIs do município de Gravataí, sabe-se que havia cuidadores que não possuíam curso de capacitação, todavia para a renovação do alvará sanitário a Vigilância em Saúde, a partir de 2009, solicita que todos o realizem.

Pesquisa recentemente realizada pelo IPEA sobre a Caracterização das Instituições de Longa Permanência para Idosos da Região Sul, constatou que há trabalhadores na região sul que executam funções mistas, sendo que a sua rotina abrange as tarefas de cuidar dos idosos, cuidar das roupas, limpeza geral, trabalho de cozinha e serviços gerais. De modo semelhante, nem todas ILPIs de Gravataí possuíam um profissional para lavanderia, para cozinha e para serviços limpeza. Profissionais, realizando mais de uma função, acabam sendo sobrecarregados de tarefas e despendendo o tempo que deveria ser para atender os usuários. Os pesquisadores salientam ainda que uma sobrecarga de trabalho para os cuidadores pode contribuir para desencadear atos de violência contra o residente, especialmente aos mais idosos e em piores condições de saúde (IPEA, 2008).

Atualmente, existe uma discussão entre o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os cuidadores de idosos, pois estes prestam assistência ao idoso, e nem sempre possuem uma formação adequada para o desempenho dessa função, seja em nível médio ou superior. Todavia, realizam cuidados de enfermagem, podendo muitas vezes colocar em risco a qualidade de vida do idoso (KAWASAKI; DIOGO, 2001). É importante salientar que os cuidadores de idosos não pertencem à categoria profissional da Enfermagem, segundo a legislação que regulamenta o exercício profissional (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987).

Em relação aos recursos humanos das ILPI, de modo geral, concorda-se com outros autores que a existência de políticas institucionais, normas e leis, não são suficientes para a garantia de cuidados institucionais efetivos (LUZ, 2007 *apud* HERÉDIA, FERLA, DE LORENZE, 2007). É necessário pensar na qualificação dos profissionais atuantes nestes estabelecimentos. A questão do envelhecimento é um grande desafio para a formação dos profissionais de saúde, pois o processo de formação ainda está bastante ligado ao paradigma

biomédico e associa o envelhecimento ao adoecimento, mais do que isso, está baseada na técnica e com pouco impacto na mobilização ética e política (HERÉDIA; FERLA; DE LORENZI, 2007). Acredita-se que o profissional que atua na atenção ao idoso deve possuir uma formação baseada nos objetivos da educação gerontológica, capaz de compreender o “ser velho”, o processo de envelhecimento e suas dimensões conceituais, sociais, políticas, éticas; formular e implementar propostas para o enfrentamento das questões do idoso na sociedade de modo eficaz, eficiente e efetivo (MOTTA; CALDAS; ASSIS, 2008).

Ao avaliar o número absoluto de residentes em relação aos funcionários por função, não levando em consideração a carga horária do funcionário e nem o grau de dependência do idoso, constatou-se que os profissionais em número mais desfavorável foram terapia ocupacional, fisioterapia e pedagogia (um para cada 191 idosos) e médico (um para cada 38 idosos). Já nos casos do enfermeiro, a razão atinge um para cada 13 residentes; do nutricionista, um para 11; do técnico em enfermagem, um para quatro; do cuidador de idoso, um para cinco residentes. Ao comparar os dados apresentados com a pesquisa realizada pela IPEA, observa-se que as ILPIs de Gravataí apresentavam profissionais que não constaram nos resultados da pesquisa realizada nas instituições da região sul, tais como terapeuta ocupacional, pedagogia e nutricionista. Quanto aos índices, as ILPIs de Gravataí apresentavam proporções inferiores nas categorias de médico e enfermeiro, quando comparadas às do resultado da pesquisa citada.

Em relação à caracterização dos usuários das ILPIs, sabe-se que estes deveriam ser idosos que apresentassem perdas significativas que levassem à dependência nos aspectos físicos, mentais e emocionais, independente da faixa etária em que se encontram. Todavia, constatou-se que os usuários com grau de dependência I são os que prevalecem no total de idosos institucionalizados nas IPLIs do município de Gravataí. É possível que as famílias estejam se responsabilizando por um número elevado de idosos dependentes. Também é presumível que as instituições não admitam um grande número de idosos que necessitam assistência em todas as atividades da vida diária e ou comprometimento cognitivo, visto que a Resolução da ANVISA estabelece que quanto maior o grau de dependência dos idosos mais cuidadores a instituição deve apresentar.

Questiona-se se a institucionalização está efetivamente ocorrendo como consequência de situações impostas pela vida como a dependência ou a pela inexistência de vínculos que garantam ao idoso o amparo e a permanência no meio familiar. Segundo Herédia, Ferla e De Lorenzi (2007), há situações que podem estar ligadas ao asilamento, tais como a história de vida do idoso com o seu grupo familiar (determinando abandono na velhice); a situação de

pobreza em que vive a família; os interesses dos familiares tais como a aceitação do envelhecimento no âmbito familiar e a ausência de companheiro (a).

Entende-se que outras modalidades assistenciais não-asilares poderiam dar conta do cuidado a esses idosos menos dependentes, tais como: o Centro de Convivência (local destinado à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania); o Centro-Dia (destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência multiprofissional); a assistência domiciliar e até mesmo outras formas de atendimento de iniciativas surgidas na própria comunidade, que visem à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade (BRASIL, 1996).

É importante considerar ainda que, para avaliar e classificar o idoso quanto ao seu estado de dependência física e cognitiva, o ideal seria que esta avaliação fosse feita por um profissional com formação na área. Também é de extrema importância levar em conta que o estado funcional dos idosos é muito dinâmico, por isso se faz necessário avaliar periodicamente o residente na perspectiva de novas necessidades (SALDANHAS; CALDAS, 2004) Nos relatórios de vistorias da VIEMSA do município de Gravataí, não existiam registro de qual profissional da instituição havia avaliado o idoso de acordo com Grau de Dependência, portanto não se sabe se a classificação dos usuários foi adequada. É possível que as instituições classifiquem os residentes erroneamente, pois como já citado a RDC 283/2005 estabelece a quantidade de cuidadores que a instituição deve possuir a partir do número de usuários. Para a equipe da Vigilância em Saúde, conhecer as condições de saúde e o grau de dependência dos idosos institucionalizados possibilita a implementação de políticas públicas e de ações de prevenção de doenças, bem como promoção de saúde da população de forma integral e resolutiva. Além disso, a Vigilância em Saúde deve orientar sobre a importância de a instituição conhecer as necessidades assistenciais de cada idoso, para assim prestar um cuidado individual e de qualidade.

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 atendimento (BRASIL, 2003). O registro em saúde é considerado critério de avaliação da qualidade do atendimento prestado ao usuário, ou seja, a qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada, instrumento utilizado para informar acerca do processo de trabalho (DONABEDIAM, 1988 *apud* VASCONCELOS; GRIBEL; MORAES, 2008). O prontuário é um documento de caráter

legal, sigiloso e científico (VASCONCELOS; GRIBEL; MORAES, 2008), que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional atuante na ILPI e a continuidade da assistência.

No presente estudo, constatou-se que todas as ILPIs de Gravataí possuíam prontuários individuais e atualizados de cada usuário. Com isso, salienta-se quanto à importância da Vigilância em Saúde em orientar as instituições para que mantenham os registros de cada usuário atualizado, considerando este instrumento de extrema importância para a continuidade do cuidado. Sabe-se também que o Ministério Público, frequentemente, notifica as ILPIs para apurar casos de maus tratos aos idosos. Nessas situações, as instituições utilizam o prontuário como respaldo legal para comprovar a qualidade do cuidado prestado.

Quanto à infraestrutura das ILPIs, a 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. Esta Resolução estabelece que toda a construção, reforma ou adaptação na estrutura física da instituição, deve ser antecedida de aprovação de projeto arquitetônico junto à autoridade sanitária local bem como do órgão municipal competente. Segundo a RDC 283/2005 as instituições 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.

A Vigilância em Saúde atua na articulação da integralidade do cuidado a partir das necessidades e demandas das populações (TEIXEIRA; 2004a), diminuindo ao máximo os riscos que possam ser oferecidos à vida e à saúde das pessoas. Sendo assim, acredita-se que a Vigilância em Saúde no caso das ILPIs deve promover um ambiente (recursos físicos e pessoais) adequado ao desempenho funcional e competência comportamental dos idosos, contribuindo assim para o seu bem-estar. Os espaços devem ser criados com intuito de garantir a acessibilidade para qualquer indivíduo, até mesmo para aqueles que apresentam perdas funcionais.

No presente estudo, observou-se que todas as ILPIs possuíam dormitório e sanitário separado por sexo, a maioria destas apresentavam vestiário e sanitário de uso exclusivo dos funcionários e projeto arquitetônico aprovado na VIEMSA municipal. Entretanto, sabe-se, que a maioria das instituições brasileiras ainda está longe de alcançar estruturas físicas ideais. Portanto, entende-se que 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. Quando necessário, também deve fornecer prazos para que as instituições realizem mudanças nas suas estruturas físicas.

Pessoa, Ferla, Ferasso, Vargas e Pelegrini (2007) analisaram possibilidades de reorganização da rede de serviços de atenção ao idoso e utilizaram como um dos exemplos o Abrigo Cristo Redentor, localizado no Rio de Janeiro. Reforçam a importância do espaço físico para o cuidado ao idoso, destacando a experiência desta instituição na construção de projeto arquitetônico voltado à humanização dos espaços de moradias dos idosos semidependentes e dependentes. Os idosos com maior necessidade ficaram dispostos nos leitos voltados para o corredor de fácil visão e acesso da equipe técnica; já os leitos próximos às paredes ficarão os idosos com maior autonomia, privilegiando a privacidade. Salientam ainda quanto à humanização dos espaços se referindo à circulação, aos fluxos; à presença de ambientes bem dimensionados, ventilados e com iluminação natural. Estas ILPIs também devem promover a autonomia do idoso, respeitando a privacidade e o individualismo. A presença de dormitórios e sanitários separados por sexo são elementos básicos para promover o mínimo de privacidade os usuários destas instituições.

Entende-se que, além disso, os espaços para os funcionários também necessitam ser humanizados. As ILPIs devem oferecer condições de conforto e privacidade, contribuindo para o bem-estar do funcionário e conseqüentemente para a qualidade dos serviços de saúde prestados.

7 CONCLUSÕES

No presente estudo, constatou-se que, no município de Gravataí, havia 18 ILPIs até março de 2010. Todavia, apenas uma ainda não possuía alvará sanitário expedido pelo Órgão Sanitário competente.

Quanto à presença de responsável técnico, duas das instituições não apresentavam registros identificando quem exercia essa função. Das ILPIs que possuíam RT, a maioria era enfermeiro. Observou-se também que quatro instituições possuíam RT com carga horária de 20 horas semanais, estando as demais em desacordo com a RDC 283/2005.

Constatou-se também que as instituições de Gravataí já possuíam recursos humanos qualificados e muitas contavam com equipe multidisciplinar. Todavia, é necessário ir além dos dados e saber se estes são atuantes e presentes nessas instituições. O trabalho em saúde é marcado pelas relações interpessoais entre os profissionais da equipe, e estes com os usuários. Portanto, é necessário que as instituições contenham profissionais que saibam contextualizar o processo do envelhecimento vivenciado pelos usuários e atuar frente à diversidade de situações, almejando o trabalho em equipe interdisciplinar na busca do cuidado integral.

A partir do presente estudo, ressalta-se a importância da presença do enfermeiro nas ILPIs, pois se sabe que, onde houver trabalhadores de enfermagem de nível médio/técnico e até mesmo outros profissionais que realizam o cuidado direto ao paciente, como os cuidadores, há a necessidade de um enfermeiro para orientar e supervisionar os mesmos. Sendo assim, torna-se importante que os órgãos competentes, procurem assegurar aos enfermeiros a plena atuação nas ILPIs, visando a um melhor cuidado de enfermagem.

Quanto aos usuários, sabe-se que as ILPIs têm por maior finalidade atender as pessoas consideradas incapazes, dependentes e que não possuam autonomia. Entretanto, no presente estudo, constatou-se que os usuários com grau de dependência I eram os que prevaleciam no total dos idosos institucionalizados em Gravataí, com isso faz-se necessária a criação de modalidades assistenciais alternativas, entre elas, o centro-dia, o centro de convivência e o atendimento domiciliar. A implantação das mesmas significaria a disponibilização de recursos públicos e do envolvimento e participação dos idosos, entidades e profissionais para garantir essas ações.

Em relação ao prontuário, verificou-se que todas as ILPIs de Gravataí possuíam registros dos idosos institucionalizados. Considera-se o prontuário um documento de caráter

legal e sigiloso. Este, além de ser destinado para registrar os cuidados prestados, por cada integrante da equipe multidisciplinar, serve também para a comunicação entre os profissionais da instituição, resultando em melhor cuidado ao idoso.

Quanto à estrutura física, identificou-se que a maioria das ILPIs da cidade de Gravataí apresentavam projeto arquitetônico aprovado na Vigilância em Saúde do município. Constatou-se também que todas as instituições possuíam quarto e sanitários separados por sexo e grande parte destas apresentavam vestiário e sanitário de uso exclusivo dos funcionários. Estas instituições devem possuir espaços humanizados tanto para os idosos como para os funcionários. Estes ambientes devem ser projetados para promover a privacidade, a independência e a autonomia dos idosos institucionalizados, proporcionando melhores condições de vida. Entende-se também, que os espaços para os funcionários devem oferecer condições de conforto e privacidade, contribuindo para o bem-estar do funcionário e consequentemente para a qualidade dos serviços de saúde prestados.

Vale lembrar que a velhice é uma etapa que está sendo alcançada por um número maior de pessoas, o que contribui para o aumento da demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos. Acredita-se que a demanda por cuidados institucionais tende a crescer devido não só ao envelhecimento populacional, mas também às mudanças nos arranjos familiares e à situação de vulnerabilidade social.

Concorda-se que a aplicação da RDC 283/2005 da ANVISA, na qual estabelece normas de funcionamento para as ILPIs, é um grande desafio tanto para os órgãos fiscalizadores como para as instituições no que tange à adequação à legislação, e superação do paradigma de atendimento enquanto caridade para o de prestação de serviços com qualidade, assegurando os direitos desses idosos.

Contudo, o fato de termos leis não significa que os problemas estão resolvidos, já que a aplicabilidade destas depende do poder público, dos responsáveis pelas instituições e também dos profissionais. Sabe-se que o município é espaço de ações para as práticas de saúde, sendo assim a Vigilância em Saúde deve desenvolver ações educativas junto às ILPIs, visando ao conhecimento da legislação pertinente, promovendo esclarecimentos, e ainda auxiliando na organização administrativa e qualificação dos serviços prestados.

Acredita-se que a proposta da Vigilância em Saúde no caso das ILPIs deve ir além do caráter punitivo como anteriormente era considerada. Deve ter como objetivo principal a análise permanente das condições de saúde oferecida pelas instituições, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde dos idosos institucionalizados. Sendo assim, garantindo a integralidade da atenção, incluindo

tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde da população. Sabe-se que as ações de promoção à saúde são voltadas para a redução da vulnerabilidade, intervindo sobre os determinantes de saúde e a execução de educação permanente em Vigilância em Saúde.

Como continuidade deste estudo, sugere-se que o mesmo possa ser realizado de forma longitudinal para que mudanças que venham a ocorrer nas ILPIs possam ser acompanhadas e as ações de vigilância em saúde avaliadas.

REFERÊNCIAS

AIRES, Marínes; PAZ, Adriana, A; PEROSA, Cleci, T. O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p. 79-91 - jul./dez. 2006.

ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Diário Oficial da União**, 2005.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada – 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. **Diário Oficial da União**, 2002.

BRASIL. 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.

_____. Decreto n° 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n° 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.

_____. Lei n° 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, 1990a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios**. Brasília, 1990b.

_____. ABNT NBR 9050, de 31 de maio de 2004. **Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**.

_____. Lei n° 6437, 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, 1977.

_____. Portaria n° 397, de 09 de outubro de 2002. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2002.

_____. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2009.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1994.

_____. 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.

_____. Portaria nº 1.395, de 10 de novembro de 1999. Aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1999.

_____. 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.

_____. Portaria nº 399/ GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Cadernos de Atenção Básica n. 19.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Cadernos de Atenção Básica n. 21.

CALDAS, Célia P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-81, maio-junho 2003.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO (CBO). **Cuidadores de Idosos**. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br>>. Acesso em: 03 jun. 2010.

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.

EDUARDO, Maria B. P.; MIRANDA, Isaura C. S. **Saúde e cidadania: vigilância sanitária**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998.

HÉREDIA, Vânia B M. et al. **Envelhecimento, saúde e políticas públicas**. IV. Série. Caxias do Sul: Educs, 2007.

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.**

KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. D. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal - Parte I. **Revista Brasileira de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 257-64, 2001.

MARTINS, Sibeles R. et al. **O modelo da vigilância à saúde: um estudo no extremo sul do Brasil**. Florianópolis, 2008.

MENEGUEL, Stela N. et al. **Epidemiologia: exercícios e anotações**. 2. ed. Porto Alegre: Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul/Escola de Saúde Pública, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Formação de Cuidadores**. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 03 jun. 2010.

MOTTA, Luciana B; CALDAS, Célia P; ASSIS, Mônica. 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.

NETTO, M. P. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

PAÚL, C. Envelhecimento activo e redes de suporte social. **Sociologia**, Porto, v. 15, p. 275-87, 2005. Disponível em: <<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2010.

PESSOA, Regina L.; FERLA, Alcindo A.; FERRASO, Marcos; VARGAS, Lília M.; PELEGRINI, Maria L.M. Cuidado ao idoso e envelhecimento: Análise de Novos Dispositivos para as Políticas Públicas. In: HÉREDIA, Vânia B M. et al. **Envelhecimento, saúde e políticas públicas**. IV. Série. Caxias do Sul: Educs, 2007. p. 181-209.

POLIT, Denise F.; BECK, Hungler Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POLLO, Sandra H. L.; ASSIS, Mônica. **Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento, da Universidade Aberta da Terceira Idade - UnATI, Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, 2007.

PROJETO RS AMIGO DO IDOSO. In: **Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul/ Brasil**. [Página inicial do site]. Porto Alegre: 2009. Disponível em: <<http://www.escoladesaudepublica.rs.gov.br>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual em Saúde/**Vigilância em saúde: informações para os secretários municipais**, 2005. Porto alegre: CEVS, 2005. Série Cadernos do Cevs.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani et al. **Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem**. Florianópolis. Texto contexto - enferm. [online]. 2007, v. 16, n. 3, p. 536-45. ISSN 0104-0707. doi: 10.1590/S0104-07072007000300021.

ROUQUAYROL, Maria Z.; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SALDANHAS, Assuero L.; CALDAS, Célia P. **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

SOUZA, Jorge L. Pensando no futuro dos idosos. **Desafios**, São Paulo, p.38-45, março 2008.

TEIXEIRA, C. F. **O processo de trabalho da vigilância em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/ PROFORMAR, 2004a.

_____. **O SUS e a vigilância em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004b.

_____; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. Modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe epidemiológico do SUS**. V. VII. CENEPI/MAS. Brasília, 1998.

VASCONCELLOS, M. M; GRIBEL, E. B; MORAES, I. H S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro. Brasil. **Caderno de Saúde**. Rio de Janeiro, 24, Supl. 1: S173 – S 182, 2008.

VERAS, Renato. Envelhecimento contemporâneo: demandas, desafios e inovações. São Paulo: **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, São Paulo: Epub, maio/jun.2009, 17 abr. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para coleta dos dados.

Projeto “Caracterização das Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Gravataí/RS”

A. Identificação:

A1. Nome do estabelecimento: _____

A2. Endereço: _____

A3. Número do processo: _____

A4 Data da inspeção: ____/____/____

B. Organização:

B1 Presença de alvará sanitário: () sim () não

B2 Presença de Responsável Técnico: () sim () não

B2a. Se sim, carga horária: _____

B2b. Profissão do Responsável Técnico _____

C. Usuários

C1. N° de idosos em Grau de Dependência I: _____

C2. N° de idosos em Grau de Dependência II: _____

C3. N° de idosos em Grau de Dependência III: _____

D. Recursos humanos

D1. Cozinheiro: () sim () não Quantos? _____

D2. Auxiliar de lavanderia: () sim () não Quantos? _____

D3. Auxiliar de limpeza: () sim () não Quantos? _____

D4. Cuidadores formais: () sim () não Quantos? _____

D5 Auxiliar de enfermagem: () sim () não Quantos? _____

D6 Técnico em Enfermagem: () sim () não Quantos? _____

D7. Presença de profissional de saúde? Quais?

D8. Profissionais apresentam registro no seu respectivo Conselho de Classe?

() sim () não

D8a. Se não, quais? _____

E. Estrutura Física

E1. Projeto arquitetônico aprovado na VIEMSA: () sim () não

E2. Dormitórios separados por sexo: () sim () não

E3. Banheiros coletivos separados por sexo: () sim () não

F. Infra-estrutura para funcionários:

F1. Banheiro e área de vestiário para funcionários: () sim () não

G. Sistema de informações:

G1. Registros de cada idoso: () sim () não

H. Outras Observações: _____

APÊNDICE B– Termo de compromisso para utilização dos dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL ESCOLA DE ENFERMAGEM

Os pesquisadores do projeto “Caracterização das Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Gravataí/RS” se comprometem a preservar a privacidade das informações sobre as Instituições de Longa Permanência para Idosos da Vigilância em Saúde (VIEMSA) do município de Gravataí. Serão utilizados como fontes de dados os relatórios de vistorias realizadas no ano de 2009 e 2010, presentes nos processos disponibilizados pela equipe da VIEMSA do município. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2010.

Patrícia Silva da Silva

Pesquisadora

Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Orientadora

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto: TCC 50/09

Versão: 12/09

Pesquisadores: Patrícia Silva da Silva e Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Título: CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS DO MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ/RS

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 16 de dezembro de 2009.


Maria da Graça Oliveira Crossetti
Coordenadora da COMPESQ EEnf-UFRGS

Profª Dra Maria da Graça Crossetti
Coordenadora da COMPESQ

ANEXO B – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS



UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 17901

Título: CARACTERIZAÇÃO DAS ILPI DO MUNICÍPIO DE GRAVATAI/RS


Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

LISIANE MANGANELLI GIRARDI PASKULIN - coordenador desde 01/08/2009
PATRICIA SILVA DA SILVA ROSA - pesquisador desde 01/08/2009

O mesmo foi aprovado pelo Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs, em reunião realizada em 15/04/2010 - Sala de Reuniões do Gabinete do Reitor (Ex Salão Vermelho) - Prédio Reitoria, 6º andar, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho nacional de Saúde.

Porto Alegre, Quinta-Feira, 15 de Abril de 2010


JOSE ARTUR BOGO CHIES
Coordenador da comissão de ética

**ANEXO C – Carta de Aprovação do Núcleo de Educação da Secretaria Municipal da
Saúde do de Gravataí**



SMS
Secretaria Municipal da Saúde

Av. Ely Corrêa, 675 - Parque dos Anjos
CEP: 94197-130 - Gravataí/RS
Fone: (51) 4001.3458
sms@gravatai.rs.gov.br
www.gravatai.rs.gov.br

DE: SMS – RH / Núcleo de Educação

DATA: 14/06/2010

Informo que a acadêmica Patrícia Silva da Silva Rosa está autorizada a realizar o Projeto Caracterização das Instituições de Longa Permanência para Idosos do Município de Gravataí/RS orientado pela Professora Dr^a Lisiane M. G. Paskulin, conforme solicitação apresentada e aprovada por este Núcleo.

Atenciosamente,


Marcia Melo
Responsável Núcleo de Educação