

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
Instituto de Saúde/SES-SP

PATRICIA MARIA BUCHERONI

Instituições de Longa Permanência para Idosos no município de São
Paulo: avaliação da assistência à saúde do idoso

São Paulo – SP
2016

Patricia Maria Bucheroni

Instituições de Longa Permanência para Idosos no
município de São Paulo: avaliação da assistência à saúde
do idoso

Dissertação apresentada ao Programa
de Mestrado Profissional em Saúde
Coletiva da Coordenadoria de
Recursos Humanos da Secretaria de
Estado da Saúde de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva.

São Paulo
2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Patricia Maria Bucheroni

Instituições de Longa Permanência para Idosos no
município de São Paulo: avaliação da assistência à saúde
do idoso

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tereza Etsuko da Costa Rosa

São Paulo
2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca. Centro de Apoio Técnico-Científico. Instituto de Saúde

Bucheroni, Patricia Maria

Instituições de longa permanência para idosos: avaliação da Assistência à saúde do idoso/Patricia Maria Bucheroni. São Paulo, 2016.

114p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Profª Drª Tereza Etsuko da Costa Rosa

1. Instituições de Longa Permanência para Idoso
2. Serviços de Saúde para Idosos
3. Atividades Cotidianas
4. Idoso Fragilizado I. Título.

Epígrafe

Narayama

Romance japonês inspirado em fatos reais.

Até bem pouco tempo atrás, em certos recantos do Japão, as aldeias eram tão miseráveis que, para poderem sobreviver, se viam obrigadas a sacrificar os velhos. Transportavam-nos para o alto de montanhas denominadas “montanhas da morte” e lá os abandonavam. .

A Velhice – a realidade incômoda

(BEAUVOIR, 1970)

BUCHERONI, PM. **Instituições de longa permanência para idosos: avaliação da assistência à saúde do idoso, SP [Dissertação de Mestrado]**. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2015.

RESUMO

Introdução: O aumento expressivo de instituições e do acolhimento de idosos cada vez mais dependentes, que demandam serviços complexos do ponto de vista da assistência à saúde, vem mostrando um panorama complexo e preocupante para as instituições de longa permanência para idosos (ILPI). A origem das ILPI ligada aos asilos de mendicidade explica o fato de que a grande maioria das instituições identificadas no território brasileiro seja filantrópica e a sua política ainda esteja localizada na assistência social. Essa configuração tem dificultado, sobremaneira, o olhar, a construção e a normatização dessas instituições. **Objetivos:** Descrever e analisar a assistência à saúde do idoso prestada nas instituições de longa permanência para idosos do município de São Paulo. **Metodologia:** Analisamos todas as 381 ILPI cadastradas na VISA do município de São Paulo, em funcionamento até o ano de 2014. Tendo como base de análise os dados provenientes dos relatórios de inspeções sanitárias enfatizamos o quadro de recursos humanos e a assistência à saúde de acordo com o grau de dependência dos idosos residentes. Analisamos, também, os aspectos da estrutura física, do ponto de vista das condições sanitárias de funcionamento, conforme as adaptações que conferem, ou não, independência, autonomia e privacidade aos idosos. **Resultados:** A enorme maioria das ILPI era composta por

instituições privadas, de pequeno porte, elas assistiam idosos, em sua maioria com mais de 80 anos de idade, com todos os graus de dependência, empregando número expressivo de profissionais de saúde. Grande parte das ILPI oferecia instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, de higiene, de acessibilidade e de locomoção dos idosos e menos instituições ofereciam condições de itens relativos à prevenção de quedas e de manutenção da privacidade e identidade dos moradores. As ILPI ficaram caracterizadas como híbridas, onde os traços institucionais residenciais foram enfraquecidos pelo claro caráter assistencial típico de instituições geriátricas de saúde. **Conclusões:** Os documentos oficiais sobre as instituições para idosos não são capazes de organizar e orientar a nova realidade das instituições em que os idosos necessitam de cuidados diários de saúde e/ou são muito dependentes. O caráter híbrido desses serviços apresenta como complicador a presença de idosos, com baixos níveis de dependência e elevado grau de autonomia, vivendo em ambientes com características estruturais e concepções hospitalares. Portanto, o investimento social na institucionalização de idosos deve fazer parte de extenso debate sobre o papel e a necessidade desse tipo de serviço como parte de uma política de implementação da rede de serviços de atenção ao idoso para assegurar a integralidade do cuidado a essa população. **Potencial de Aplicabilidade:** Os conhecimentos gerados por este trabalho fornecerão subsídios para a adequação dos roteiros de inspeção utilizados pelas equipes de vigilância para a avaliação das instituições, bem como para realização de cursos e capacitações direcionados aos técnicos responsáveis pelas ações nessas instituições.

Descritores: Instituição de Longa Permanência para Idoso;Envelhecimento;
Serviços de Saúde para Idosos; Atividades Cotidianas, Idoso Fragilizado.

Bucheroni, PM. **Long term care facilities for the elderly: an assessment of elderly health care, SP (Dissertation for Master's Degree)**. Professional Master's Program in Collective Health of CRH/SES-SP. São Paulo: State Department of Health, 2015.

Summary

Introduction: The significant increase in the number of institutions and of progressively more dependent elderly people who require complex health care services points to a worrying outlook for long term care facilities for the elderly (ILPI, Instituições de longa permanência para idosos). The fact that ILPI had its roots in poorhouses explains why most of the institutions identified in Brazil are charitable organizations, whose policies are still of a public welfare nature. This framework has deeply hampered the vision, development and standardization of these institutions. **Objectives:** To describe and analyze the elderly healthcare provided by long term elderly care institutions in the city of São Paulo. **Methodology:** We analyzed all 381 ILPI registered in São Paulo's municipal health surveillance agency (VISA) still in operation as of 2014. Using data from health inspection reports for our baseline analysis, we focused on human resources, and on health care according to the elderly residents' degree of dependency. We also analyzed aspects of the physical facilities from the point of view of sanitary operating conditions, in terms of whether or not adaptations promoted independence, autonomy and privacy for the elderly. **Results:** The vast majority of ILPI was made up of small-scale private institutions providing care to a population of elderly people that was mostly above the age of 80 and presented various degrees of dependency. These institutions employed a significant number of health professionals. Many of the ILPI provided facilities with adequate living and hygiene conditions, as well as

accessibility and mobility standards; but fewer institutions had fall prevention measures in place, and privacy and identity preserving practices. ILPI may be described as a hybrid, in which the traits of a residential institution have been weakened by the clear social welfare orientation typical of geriatric health care institutions. **Conclusion:** Official documents about institutions for the elderly are not able to frame and guide the new reality of institutions in which elderly people are very dependent and/or need daily health care. The hybrid nature of these services presents a complicating factor: the presence of elderly people with low dependency and a high degree of autonomy residing in places that have hospital design and infrastructure. Therefore, the social investment in the institutionalization of elderly people should be part of an extensive debate about the role of and need for this type of service as part of a policy to implement a network of eldercare services, in order to ensure complete care of this population. **Potential for applicability:** The knowledge generated by this paper will provide a basis for the improvement of inspection procedures used by health surveillance teams in the assessment of institutions, as well as for the organization of courses and training aimed at people in charge of these areas in these institutions.

Key works: Long Term Elderly Care Facilities; Ageing; Elderly Health Care; Daily Activities; Vulnerable Elders.

AGRADECIMENTOS

À Prof^ª. Dra. Tereza Etsuko da Costa Rosa, pela confiança em mim depositada, pela paciência e convivência desde o momento da entrevista para a admissão do programa de Mestrado, quando a conheci, e pela parceria e orientação sempre tão presente, segura, pertinente e generosa. Sempre repetirei: tive MUITA sorte em tê-la comigo no caminho!

À Beth, minha querida companheira de trabalho, que sempre foi meu grande farol nas questões dos idosos que vivem nas ILPI.

À Andréa e à Dora que fizeram parte da banca examinadora e que tanto contribuíram para este trabalho.

Ao meu querido irmão que sempre esteve comigo, dando-me todo apoio “tecnológico” e sendo meu *partner* no dia da defesa.

A todo o pessoal do Instituto de Saúde, que proporcionou cotidiano tão generoso, vivo e rico em conhecimento e humanidade. A todos vocês o meu mais sincero obrigado e respeito.

À TODOS OS QUE VIVEM NAS INSTITUIÇÕES PARA IDOSOS.

Este trabalho é dedicado:

À minha Mãe;
Às minhas avós;
Às minhas tias.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ASPECTOS GERAIS	19
1.2 INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: REGULAMENTAÇÃO	22
2. JUSTIFICATIVA	26
3. OBJETIVOS	27
3.1 OBJETIVO GERAL	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
4. METODOLOGIA	28
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	28
4.2 LOCAL DO ESTUDO	28
4.3 FONTE DAS INFORMAÇÕES: RELATOS DAS INSPEÇÕES NAS ILPI	29
4.4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	37
4.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	38
5. RESULTADOS	38
5.1 PANORAMA GERAL	38
5.2 CARACTERÍSTICAS DOS RESIDENTES	42
5.3 ESTRUTURA FÍSICA DAS INSTITUIÇÕES	43
5.4 RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE	48
5.5 ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO	50
6. DISCUSSÃO	56
6.1 PANORAMA GERAL DAS ILPI	56
6.2 CARACTERÍSTICAS DOS RESIDENTES	60
6.2.1 Idade	60
6.2.2 Gênero	64
6.2.3 Grau de Dependência	66
6.3 A ESTRUTURA FÍSICA COMO ELEMENTO DE INTERVENÇÃO NA MANUTENÇÃO DA INDEPENDÊNCIA, DA PRIVACIDADE E DA AUTONOMIA DOS IDOSOS	70
6.4 RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE	77
6.4.1 Dimensionamento e Capacitação dos Recursos Humanos – O que Dizem as Normas Legais	83
6.5 ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO NAS ILPI	87
6.5.1 Estrutura e Práticas de Assistência à Saúde	87
6.5.2 Assistência Farmacêutica	91
6.5.3 Arranjos de Assistência à Saúde	93

6.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	99
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
8. REFERÊNCIAS	104
9. ANEXO	111

LISTA DE TABELAS

São Paulo – SP - 2014

Tabela 1 – Distribuição das ILPI quanto à região de localização, à natureza jurídica, ao número de leitos, à autodenominação, ao sexo e o grau de dependência dos idosos institucionalizados	39
Tabela 2 – Relação entre a natureza jurídica das instituições e o grau de dependência dos idosos que moram nas ILPI	41
Tabela 3 – Descrição da faixa etária e do grau de dependência dos idosos que moram nas ILPI	43
Tabela 4 – Distribuição das ILPI em relação às condições gerais e de estrutura física de acessibilidade e de privacidade/individualidade ofertadas aos idosos	44
Tabela 5 – Relação entre o grau de dependência dos idosos institucionalizados e a estrutura física das ILPI, de acordo com a acessibilidade e a privacidade/individualidade oferecida aos moradores	46
Tabela 6 – Distribuição das ILPI em relação à presença de recursos humanos especializados em saúde	48
Tabela 7 – Relação entre o grau de dependência dos idosos institucionalizados e a presença de recursos humanos especializados em saúde	49
Tabela 8 – Assistência à saúde nas ILPI: estrutura, processos e assistência farmacêutica prestada nas instituições	51
Tabela 9 – Relação entre o grau de dependência dos idosos e a assistência à saúde prestada nas ILPI	53
Tabela 10 – Relação entre o grau de dependência dos idosos e a assistência farmacêutica prestada nas ILPI	55

Apresentação da pesquisadora

Graduada em fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos (1999) e especialista em fisioterapia motora, pela UNIFESP e em saúde pública, pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo.

Durante minha vida acadêmica e profissional sempre me interessaram e me mobilizaram os mais variados temas acerca do envelhecimento, sobretudo com relação às demandas de saúde dos velhos e, mais recentemente, dos que vivem em instituições, visto que, desde 2006, atuo como analista em saúde na Coordenação de Vigilância em Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo, mais especificamente, no grupo responsável pelo processo de Descentralização das ações de vigilância sanitária nos Serviços de Saúde e de Interesse à Saúde, dos quais fazem parte as instituições para idosos chamadas, atualmente, de ILPI.

Portanto, faz parte de minha rotina de atribuições na COVISA, a leitura de todo o conteúdo das fichas de inspeção resultantes da fiscalização e monitoramento realizados pelas equipes de saúde da visa descentralizada, nas ILPI da cidade de São Paulo, bem como, a orientação e o suporte técnico dessas equipes, no nível central.

Sendo assim, a leitura e a sistematização do conteúdo dos relatos das fichas de inspeção, utilizados neste trabalho, foram realizadas por mim, pesquisadora deste trabalho.

A falta de informações claras sobre o atual papel desenvolvido pelas ILPI, bem como as questões de saúde relativas aos velhos que vivem nas instituições foram as principais motivações para a realização desta pesquisa.

1. INTRODUÇÃO

Dependendo da sociedade que a acolhe, a velhice, por vezes é associada à sabedoria, experiência e autoridade, por outras, à decrepitude, impotência e afastamento. (BEAUVOIR, 1970)

O Brasil está envelhecendo em ritmo acelerado. As projeções do IBGE (2010) mostram que por volta de 2040 o Brasil alcançará o patamar de 80 anos de esperança de vida ao nascer.

São Paulo é o estado mais populoso do Brasil e onde o índice de envelhecimento da população, que relaciona o grupo de pessoas com mais de 60 anos de idade - consideradas idosos - em comparação a jovens com menos de 15 anos, vai dobrar entre 2010 e 2030. De 6 idosos para cada 10 jovens, em 2010, para 12 idosos a cada 10 jovens em 2030. Em 2050 a proporção será ainda maior: serão 21 idosos para cada 10 jovens. A partir de 2027, São Paulo terá mais idosos do que jovens morando na cidade e a população de idosos já representa 9,0% do seu total de seus moradores (SEADE, 2015).

Neste cenário, a cidade de São Paulo é referência, pois, além de ser a maior cidade do país, as análises demográficas mostram que o envelhecimento populacional iniciou-se antes nesta cidade em relação ao restante do país, onde a população considerada muito idosa (80 anos ou mais) já passou de 8,5% para 11,5%, ou seja, onde a população idosa também envelheceu (IPEA, 2010).

O envelhecimento humano vem sendo, cada vez mais, considerado um processo normal, inevitável, irreversível e não uma doença, razão pela qual não deve ser tratado apenas com soluções médicas, mas também por intervenções sociais,

econômicas e ambientais (MESSORA, 2006). Reforça essa visão o impacto que o envelhecimento populacional tem sobre diversos aspectos da sociedade, tais como o consumo, a transferência de capital e propriedades, impostos, pensões, o mercado de trabalho, a saúde e a assistência médica, a composição e organização da família. É, portanto, uma grande conquista da humanidade, mas traz grandes desafios para as políticas públicas de saúde (CAMARANO e PASINATO, 2004).

Um dos aspectos preocupantes do envelhecimento é a questão da fragilidade nos idosos que pode levar à perda da autonomia e da independência funcional, o que implica em um aumento na demanda por cuidados específicos. No Brasil, as transições demográfica e epidemiológica apresentam, cada vez mais, um quadro de sobrevivência de idosos que podem se tornar dependentes de uma ou mais pessoas para suprir as suas necessidades de realização das atividades de vida diária. Em outras palavras, a prevalência das doenças crônicas e a longevidade atual dos brasileiros são causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades. A prevenção das doenças crônicas e degenerativas, a assistência à saúde dos idosos dependentes e o suporte aos cuidadores familiares representam novos desafios para o sistema de saúde instalado no Brasil (KARSCH, 2003).

Um inquérito domiciliar realizado em São Paulo mostrou proporção crescente, de acordo com o aumento da idade, de indivíduos que necessitavam de auxílio para realização de atividades da vida diária (AVD) tais como transferir-se da cama para o sofá, vestir-se, alimentar-se ou cuidar da própria higiene. Se no grupo etário de 65 a 69 anos pouco mais da metade dos indivíduos não necessitavam de auxílio para realizar esse tipo de tarefas, a partir dos 80 anos apenas 15% dos entrevistados não necessitavam de auxílio; mais de 1/4 deles possuía grau de

incapacidade tal que requeria cuidados pessoais em tempo integral (CHAIMOWICZ, 1997). Como podemos observar, é crescente o contingente de idosos dependentes uma vez que a expectativa de vida vem aumentando (CALDAS, 2003).

De acordo com ERBOLATO (2002) o idoso dependente necessita de um conjunto de pessoas e de uma rede de relações capazes de fornecer-lhe o suporte necessário para conduzir as situações decorrentes da sua vida. Esses arranjos sociais devem buscar a atenção integral ao idoso, numa perspectiva de prevenção, com o objetivo de manutenção de sua autonomia e independência, promovendo ainda a diminuição de suas limitações.

A Fundação SEADE (2003) aponta que há uma carência de redes de suporte formal ao idoso em São Paulo, fenômeno comum em regiões onde o processo de envelhecimento é muito rápido, como ocorreu em nosso estado (SABE 2003). Segundo SAAD (2003) a falta de apoio formal faz com que uma parcela significativa de idosos dependa parcial ou exclusivamente do apoio informal, que é prestado principalmente pela família. Mas então quem acolherá essa população que envelhece, já que com a participação feminina no mercado de trabalho, a figura tradicionalmente convocada para os cuidados dos pais ou sogros é retirada do domicílio? Sem mencionar os novos arranjos familiares: mulheres sós, mães solteiras, casais sem filhos, filhos que emigraram; que reduz sobremaneira a perspectiva de envelhecimento em um ambiente familiar provedor de cuidados.

Portanto, embora a legislação brasileira atribua, bastante, à família a responsabilidade do cuidado ao idoso dependente, ela se depara com um encargo oneroso e, praticamente, sem o apoio de serviços públicos. No tocante ao segundo aspecto da questão, o que se observa é praticamente a inexistência de programas de

orientação e informação que contenham a assessoria de especialistas a familiares e cuidadores informais de idosos. Além disso, sabe-se que a necessidade de assistência permanente ao idoso enfermo gera um custo financeiro e social elevados para os familiares. Essa situação é agravada pela incapacidade do sistema de atenção à saúde de prover serviços específicos e em número suficiente para dar conta de uma população portadora de dependências, que se encontra em crescimento exponencial. Este panorama situacional dá fortes indicações das sérias dificuldades que são impostas aos familiares para prover assistência adequada a seus idosos, cuja capacidade funcional está comprometida, se estes forem mantidos em seus domicílios. (GORDILHO 2000, CALDAS 2003).

KARSCH (2003) reforça a situação acima descrita e acrescenta como agravante o fato de que, na maioria das vezes, os cuidados ao indivíduo idoso e incapacitado acaba recaindo para uma mulher sozinha. Em geral, essa cuidadora tem mais de 50 anos, não tem apoio nem serviços que possam atender às suas necessidades, e, principalmente, não tem a proteção de uma política ou marco legal para o desempenho deste papel. Em países desenvolvidos, nos quais o envelhecimento populacional foi mais lento e recebeu mais atenção durante décadas, foi construída uma rede de organizações maiores e menores, que se define como *community care*, cujo grande objetivo é manter o idoso em sua casa oferecendo suportes para a família e para o cuidador (KARSCH, 2003).

No município de São Paulo, entre os raros programas de apoio domiciliar, pode-se contar com o Programa Acompanhante de Idosos – PAI, modalidade de cuidado domiciliar a pessoas idosas em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social. O programa tem como objetivos a promoção do autocuidado,

a autonomia, a independência; prolongar a permanência do idoso em seu domicílio, evitando ou adiando a institucionalização; promover a sociabilização e formar acompanhantes de idosos para atender idosos residindo em seus domicílios (BERZINS e PASCHOAL 2009). Assim, o programa se mostra bastante promissor e resolutivo no tocante à atenção a idosos nessas condições, no entanto este ainda apresenta um alcance restrito, frente à crescente demanda da clientela em potencial.

Como podemos observar, os serviços de saúde, sejam públicos ou privados, não estão preparados para atender à crescente demanda da população idosa. Na perspectiva do sistema público, a situação é agravada pelas atuais características de organização do Sistema Único de Saúde que apresenta intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, demonstrando importante incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de saúde da população (MENDES, 2011).

Na Grande São Paulo, constata-se o fato de que os hospitais têm se caracterizado como um serviço onde os idosos demandam maior número de atendimentos, seja pela maior duração média de suas internações, seja pela maior frequência de reinternações a que estão sujeitos. Em 1981, enquanto 4,2% dos adultos (15 a 59 anos) eram hospitalizados uma vez durante o ano, a proporção quase quadruplicava dentre os maiores de 70 anos. Ainda naquele ano, enquanto 5,8% dos adultos foram reinternados três vezes ou mais, a proporção quase triplicava entre os idosos. Se entre adultos as internações com duração igual ou superior a uma semana representaram menos de um quarto do total, dentre idosos elas representaram mais da metade (CHAIMOWICZ, 1997).

Infelizmente, a velhice com dependência e sem autonomia ainda faz parte da face oculta da opinião pública, porque vem sendo mantida no âmbito familiar dos domicílios ou nas instituições asilares, impedindo qualquer visibilidade e, conseqüentemente, qualquer preocupação política de proteção social (KARSCH, 2003).

Assim, as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) tem se tornado mandatário dos cuidados ao idoso mais dependente, dada a insuficiência de opções de equipamentos ou programas de apoio ao cuidado a idosos em seus domicílios (WATANABE e KANASHIRO, 2010).

Embora as instituições para idosos proporcionem, em alguns casos, o necessário abrigo e amparo à velhice, alguns aspectos negativos, tais como asilamento como indutora de inatividade física e de isolamento em decorrência de um manejo técnico inadequado e do alto custo dos serviços de apoio, vêm sendo questionados (BRITO E RAMOS, 2006).

Ressalta-se ainda que, uma vez que o idoso é institucionalizado, a grande maioria dificilmente é reinserida ao seu contexto familiar, e que, de maneira geral, a institucionalização acaba por agravar o seu padrão de dependência, mesmo que este nível seja baixo inicialmente. Estudo que envolveu seis universidades em três regiões geográficas do país (sul, sudeste e nordeste) a fim de avaliar a capacidade funcional e a aptidão física em idosos institucionalizados, constatou que mais de 20% desses idosos eram dependentes e 10,3% já necessitavam de auxílio para uma das atividades de vida diária (ARAÚJO e CEOLIM, 2007). Indo adiante, embora os autores não mencionem o tempo que os idosos estudados estavam institucionalizados, pode-se ter uma ideia do que ocorrerá em futuro próximo com a grande maioria independente

funcionalmente, considerando o prognóstico comentado anteriormente, caso as instituições não promovam os cuidados necessários.

No entanto, o crescente e acelerado processo de mudança sócio demográfica aliado à transição epidemiológica e as dificuldades inerentes ao cuidado de idosos fazem com que as ILPI, sejam, cada vez mais, consideradas como espaços alternativos para pessoas mais velhas, que não podem ser mantidas em espaços domésticos, ou por sua fragilidade ou por ser dependente para realizar suas tarefas básicas da vida diária (BRITO e RAMOS, 2006).

No Brasil, o cenário das ILPI vem se tornando preocupante, pois traz idosos que parecem ter na institucionalização sua única alternativa e não há trabalhos que dê indicações de que estas pessoas estejam recebendo tratamento adequado nas instituições de idosos, nem ao menos, conforme rege a resolução 283/05 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (MELO 2009).

1. 1 INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI): ASPECTOS GERAIS

“Em qualquer país a imensa maioria dos idosos vive na comunidade e aí devem ter seus problemas de saúde gerenciados. Falhando esse processo, as condições se deterioram e as conseqüências são maiores pressões para a institucionalização, que não interessa nem ao idoso nem tampouco a quem paga por tais cuidados institucionais, seja o setor público, seja o indivíduo, ou ainda o seguro privado.” (KALACHE, 2007)

Sabe-se que a origem das ILPI está ligada aos asilos dirigidos à população carente e necessitada de abrigo, o que explica o fato de que 62% das 3548

instituições identificadas no território brasileiro sejam filantrópicas e as políticas voltadas para essa demanda estejam localizadas na assistência social (IPEA, 2010). Isso se deve, provavelmente, ao fato de que historicamente o local de amparo e moradia ao idoso teve sua origem relacionada com o “asilo” e é por esse termo que tradicionalmente ainda é conhecido e muitas vezes referido (BORN e BOECHAT, 2006).

De acordo com a RDC n ° 283/2005, as ILPI são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania.

Como vemos, entende-se ILPI como uma residência coletiva, que atende tanto idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que necessitem de cuidados prolongados. Não sendo serviços voltados à clínica ou à terapêutica, apesar de os residentes receberem também serviços médicos e medicamentos (IPEA, 2002).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sugere a denominação Instituições de Longa Permanência para Idosos, adaptação do termo utilizado pela Organização mundial da Saúde – *Long-Term Care Institution* (CAMARANO e KANSO, 2010), mas a grande maioria das instituições não se autodenomina dessa forma. Mesmo as que apresentam assistência social e de saúde, na maioria das vezes possuem placas de identificação com os termos asilos, lares, casas de repouso, dentre outros que denominem apenas o caráter de assistência social e residencial.

Nesse sentido, apesar de as instituições de longa permanência não serem

instituições de saúde, quando se analisa o conjunto das instituições brasileiras e as informações sobre os serviços oferecidos dentro das instituições, os cuidados de saúde são os mais frequentemente encontrados. Não por acaso, a presença de profissionais médicos e os de fisioterapia é citada, respectivamente, por 66,1% e 56,0% das instituições. Ressaltam-se, também, os serviços de terapia ocupacional (31,3%) e os psicológicos (23,5%) ofertados pelas instituições (IPEA, 2011).

O caráter híbrido das ILPI (assistencial e de saúde) era abordado pela Portaria nº810/GM/MS de 22/09/1989 que aprovava normas e padrões de funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas, dentre outras instituições, que têm entre as suas finalidades prestar atendimento de saúde aos idosos, mas com a revogação desta portaria estabeleceu-se uma falha no que se refere ao embasamento legal para dar suporte às instituições que prestam serviços de saúde aos idosos residentes.

A falta de informações claras sobre o atual papel desenvolvido pelas ILPI, bem como a expectativa de que sua demanda tende a crescer, foram as principais motivações para a realização da pesquisa de caráter censitário nacional intitulada “Condições de Funcionamento e de Infraestrutura das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil”. O estudo, realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) entre 2006 e 2009, coletou informações sobre condições físicas, sobre recursos humanos e financeiros dessas instituições, bem como dados sobre algumas características da população residente de 109.447 leitos, dos quais aproximadamente 90,0% estavam ocupados (IPEA, 2010). Ou seja, pode-se falar que as instituições já existentes estão operando com quase toda a sua capacidade.

Nessa pesquisa o IPEA, identificou 2.255 ILPI na região Sudeste, das quais: 1.219 ILPIs no Estado de São Paulo, distribuídas por 394 municípios, o que

corresponde a 61,1% do total de municípios paulistas. A região metropolitana (RM), com seus 39 municípios, concentra 38,1% dessas instituições, sendo a maioria localizada na capital, onde 276 instituições foram identificadas. (IPEA, 2010)

Outra investigação de caráter estadual foi realizada no estado de Alagoas, em 2009, pela Fundação Instituto Osvaldo Cruz (Fiocruz), apontando que a maioria das ILPI analisadas representava, no momento da inspeção, alto ou médio risco para saúde do idoso, não alcançando os padrões mínimos necessários para o seu funcionamento e não oferecendo, portanto, uma assistência adequada à saúde do idoso institucionalizado (MELO, 2009).

1.2 INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: REGULAMENTAÇÃO

O plano de atenção internacional sobre o envelhecimento/2002 tem como objetivo garantir que em todas as partes do mundo, a população possa envelhecer com segurança e dignidade, e que os idosos possam continuar participando de sua sociedade, como cidadãos de plenos direitos. (Madri – Segunda Assembleia Internacional sobre Envelhecimento)

Além do estigma próprio da institucionalização, para Stevens-Long (apud CUPERTINO, 1996), instituições para idosos apresentam três características distintas que se combinam de diferentes maneiras: a segregação (isolamento físico e uma política segregadora), tratamento igualitário e simultâneo para todos os residentes (política congregadora) e um grau acentuado de controle - limitação do

grau de autonomia permitido (TOMASINI, 2007).

Sabe-se que a institucionalização costuma trazer consigo uma série de prejuízos aos idosos, tais como perdas de autonomia e identidade e a segregação geracional. Essa realidade traz consigo a necessidade de se refletir sobre os novos papéis a serem desempenhados pelas instituições de longa permanência, não apenas no sentido de reduzir esses prejuízos, mas, também, de promover a qualidade de vida e o crescimento pessoal de seus residentes (TOMAZINI, 2007).

A Lei Nº 10.741, de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso, instrumento que assegura os direitos às pessoas idosas, ao tratar dos deveres da sociedade e do poder público com o idoso, determina que a priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, uma vez que são amplamente conhecidos os complicadores do ambiente extremamente fechado, planejado e que preserva pouco a independência, a autonomia e a individualidade do idoso.

No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), atualizada em 2006 por meio da Portaria Ministerial nº. 2.528, esta determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, relacionados ao tema, promovam a elaboração ou a adequação de planos, projetos e atividades, em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. No entanto, a PNSI não aborda as ILPI enquanto instituições que tenham entre suas dimensões do cuidado, práticas de saúde, cenário que parece ser comum nas instituições de São Paulo. Tal fato se faz necessário para que tais práticas sejam regulamentadas nesses serviços e, uma vez que o idoso institucionalizado parece, na prática, estar segregado socialmente, o que dificulta que o mesmo saia das instituições para ter acesso aos diversos serviços de

saúde, devem ser estabelecidos mecanismos que o recolquem como usuário da rede de atenção integral à saúde.

O Ministério Público aponta como deficiências da Política Nacional do Idoso, por um lado, a falta de especificação da lei que contribua para criminalizar a discriminação, o preconceito, o desprezo e a injúria em relação ao idoso, assim como para publicidades preconceituosas e outras condutas ofensivas; dificuldades em tipificar o abandono do idoso em hospitais, clínicas, asilos e outras entidades assistenciais para a punição de parentes das vítimas; por outro, a falta de regulamentação criteriosa sobre o funcionamento de asilos, recomendando que é preciso que a lei especifique o que devem essas entidades disponibilizar para a clientela, quem deverá fiscalizá-las e qual a punição para os infratores (MESSORA, 2006).

No contexto da discussão que envolve o atual papel das ILPI e sua regulamentação, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que é o órgão federal responsável pela normatização e regulamentação das ILPI, adotou em 2005 a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/ANVISA nº283/05, aprovando Regulamento Técnico e definindo normas de funcionamento para as instituições. Mas tal Resolução, embora seja da saúde, também enfatiza as instituições de caráter residencial, excluindo-se aquelas em que os idosos necessitem de assistência médica e de enfermagem, entre eles alguns procedimentos invasivos e cuidados permanentes. Sendo relevante mencionar que, em algumas ILPI há idosos muito dependentes e que necessitam de cuidados diários de saúde, a exemplo dos acamados, que tem sua vida completamente administrada pela instituição na qual vivem, tendo sua sobrevivência dependente da qualidade do serviço prestado nessas

instituições. Nesses casos, as instituições acabam por serem as únicas provedoras da assistência à saúde do idoso, que acontece dentro das instituições.

As ações públicas nessa área estão ligadas ao estabelecimento de normas e sua fiscalização por meio dos Serviços de Vigilância Sanitária dos três níveis de governo. O governo federal estabelece as normas e padrões de atendimento, e os governos estaduais e municipais se encarregam das ações descentralizadas de fiscalização, orientação e prevenção de riscos e agravos à saúde, às quais fica submetida à população idosa institucionalizada.

Tendo como base a RDC 283/2005, as ILPI são regulamentadas e fiscalizadas pela Vigilância Sanitária Municipal, que em São Paulo faz parte da Vigilância em Saúde, conjunto de práticas da saúde coletiva voltadas para a detecção, acompanhamento, estudo, monitorização e intervenção, dirigidos a agravos específicos, bem como, aos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, com a finalidade de prevenir doenças e proteger a saúde, pela elevação da qualidade de vida da comunidade.

A expressão vigilância em saúde remete, inicialmente, à palavra vigiar. Sua origem do latim *vigilare* e significa, de acordo com o Dicionário Aurélio, observar atentamente, estar atento a, atentar em, estar de sentinela, procurar, campear, cuidar, precaver-se, acautelar-se. No campo da saúde, a vigilância está historicamente relacionada aos conceitos de saúde e doença presentes em cada época e lugar, às práticas de atenção aos doentes e aos mecanismos adotados para tentar impedir a disseminação das doenças (FIOCRUZ, 2009).

Cabe à Vigilância Sanitária, entre outras atribuições, fiscalizar e avaliar as instituições de longa permanência para idosos no sentido de prevenir e minimizar os

riscos à saúde, aos quais ficam expostos os idosos residentes nesses estabelecimentos. O município de São Paulo tem como instrumento jurídico o Código Sanitário Municipal (2004) que estrutura o conjunto de ações regulatórias do SUS.

O Objetivo da Vigilância sanitária em relação às ILPIs consiste em garantir a ampla sustentação desse preceito legal que norteia as intervenções nos serviços que possam ser geradores de risco e implementar ações no sentido de garantir à pessoa idosa os direitos assegurados na legislação em vigor e aplicar as penalidades cabíveis quando houver descumprimento das determinações legais.

2. JUSTIFICATIVA

Embora, como reafirmou o censo das ILPI realizado pelo IPEA (2010), o município de São Paulo seja o território onde se concentra o maior número desse tipo de estabelecimento, não há dados sistematizados sobre eles, nem sobre o número de idosos institucionalizados no município. O referido censo identificou 276 instituições em 2008, número muito inferior aos 450 que a Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA) já tem cadastrada no município. Em que pese o fato dessas instituições fazerem parte do setor regulado e serem obrigadas por lei a se cadastrarem, podemos inferir que esse número esteja subestimado. Isso porque o órgão recebe diariamente denúncias de casas clandestinas e de maus tratos a idosos, encaminhadas por usuários e provenientes de vários outros órgãos que fazem parte do controle social para as políticas públicas em geral, tais como Ministério Público e Grande Conselho do Idoso.

O cotidiano das equipes técnicas da vigilância sanitária que realizam o trabalho de inspeção mostra um panorama dos asilos e casas de repouso bastante complexo e preocupante. Observamos um aumento indiscriminado de estabelecimentos comerciais que, em resposta a demanda trazida pelo envelhecimento, estão sendo vendidos como serviços cada vez mais complexos do ponto de vista da assistência à saúde. A população albergada possui caráter heterogêneo, sendo composta por idosos com necessidades especiais advindas, não exclusivamente do processo de envelhecimento, os portadores de sofrimento psíquico, por exemplo. Nesse sentido, entende-se que se faz necessária uma análise tal que possa proporcionar elementos para a avaliação e discussão da real necessidade de institucionalização de idosos, sob o prisma das necessidades de saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a assistência à saúde do idoso prestada nas instituições de longa permanência para idosos cadastradas no município de São Paulo, até o ano de 2014.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar as ILPI do ponto de vista das condições sanitárias de funcionamento, conforme regulamentação da vigilância sanitária.
2. Caracterizar a estrutura física das ILPI, conforme regulamentação da vigilância sanitária.
3. Avaliar a assistência ao idoso oferecida pelas ILPI, quanto à estrutura física, quadro de recursos humanos e da atenção à saúde em relação ao grau de dependência dos idosos residentes.

4. METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, que emprega, descreve e analisa dados secundários das 381 ILPI cadastradas na vigilância sanitária do município de São Paulo até o ano de 2014. As informações utilizadas neste trabalho foram extraídas de relatórios de inspeções realizadas nas ILPI pelas equipes técnicas de saúde da Coordenação de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (COVISA/SMS-SP). O ano base dos relatórios foi 2014.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de São Paulo do estado de São Paulo, cuja população estimada pelo IBGE para 2014 era de 11.895.893 habitantes, sendo que os residentes de 60 anos e mais já representavam 13,18% da população. Mas a

cidade de São Paulo apresenta diferenças de composição populacional, havendo distritos com maior número de idosos, a exemplo do Alto de Pinheiros que em 2014 contabilizou 24,93% de pessoas desse segmento entre seus habitantes (SEADE, 2014).

Em 2014, o município de São Paulo possuía 381 estabelecimentos cadastrados, alguns por solicitação de CMVS – Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária – documento exigido por lei para que o serviço comece a exercer suas atividades, e muitos outros por busca ativa das equipes de saúde de vigilância nas regiões ou por denúncias feitas ao órgão de vigilância.

4.3 FONTE DAS INFORMAÇÕES – RELATOS DAS INSPEÇÕES NAS ILPI

Em 2014, fazia parte do planejamento e das metas da vigilância sanitária de São Paulo que os estabelecimentos que albergassem idosos fossem inspecionados ao menos uma vez ao ano.

As inspeções foram realizadas por equipes multiprofissionais compostas por autoridades sanitárias com diversas formações em saúde. A atividade desses profissionais está baseada em legislação específica que norteia a execução da inspeção propriamente dita. Faz parte das atribuições dos profissionais de vigilância em saúde o monitoramento contínuo dos serviços destinados à moradia de idosos, dentre outros serviços, e a caracterização da qualidade da assistência, bem como a identificação dos eventuais riscos à saúde dos residentes, que podem ser encontrados

nos estabelecimentos inspecionados, tendo em vista a vulnerabilidade desta população.

Tal monitoramento é realizado pelas equipes descentralizadas que atuam nas diferentes regiões do município, onde estão localizadas as 31 Supervisões de Vigilância em Saúde (SUVIS) divididas entre as seis Coordenadorias Regionais de Saúde do município: Centro, Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul. Todos os relatórios de inspeção desses serviços são encaminhados a COVISA do município de São Paulo, que centraliza os dados referentes aos mesmos. Portanto, este trabalho organizou estes dados e elegeu algumas variáveis, construindo indicadores específicos, capazes de demonstrar e criar material de discussão acerca das características das ILPI (moradia e serviço de saúde) bem como sobre o modo como os estabelecimentos se organizaram para responderem as demandas e necessidades de saúde dos idosos que moram nesses locais. Para tanto, descreveu características estruturais dos estabelecimentos, rotinas, processos de trabalho, recursos humanos em saúde e a clientela.

As inspeções realizadas nas ILPI observam e abordam temas de interesse à saúde que são descritos e normatizados por roteiros desenvolvidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pela Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA). Estes roteiros têm como referencial teórico e legal a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 283, de 25/09/2005 (Regulamento Técnico federal que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial) e o Estatuto do Idoso - Lei Nº 10741, de 01/10/2003. Sendo assim, os relatos encontrados nos relatórios de vigilância são resultados de observações sistematizadas e padronizadas, baseadas em instrumentos legais. Além

disso, os agentes fiscalizadores são capacitados mediante diversos encontros promovidos pela COVISA para todas as equipes de SUVIS para o contínuo “alinhamento do olhar” dos técnicos com relação aos estabelecimentos que acolhem e assistem aos idosos.

Todas as inspeções geram relatórios, elaborados pelas respectivas equipes, onde são registradas informações relativas às instituições. Esses relatórios são resultado de uma construção de anos de visitas aos serviços que acolhem e assistem a idosos no município.

Os relatos encontrados nesses relatórios descrevem diversos aspectos e dimensões das ILPI que ultrapassam o escopo deste trabalho. Nesse sentido, após minucioso exame do conteúdo deles, dos roteiros de inspeção e da legislação vigente, foram identificados alguns aspectos e seus indicadores capazes de expressar o caráter híbrido das ILPI (dimensão residencial e as ações e procedimentos característicos da assistência à saúde prestados nessas instituições). Assim, foram selecionados os seguintes aspectos:

- 1) caracterização do atendimento das instituições segundo o perfil dos idosos, quanto à faixa etária, ao sexo e ao grau de dependência;
- 2) condições estruturais;
- 3) recursos humanos em saúde;
- 4) arranjos de assistência à saúde.

1) Perfil dos idosos

Caracterização e descrição do perfil dos idosos residentes quanto à faixa etária, ao sexo e ao grau de dependência nas AVD (atividades de vida diária).

2) Condições estruturais

Diz respeito às condições a que os idosos estão expostos, com enfoque em: habitabilidade, segurança, acessibilidade e privacidade. Sobretudo, a capacidade da instituição de promover a manutenção da independência e da autonomia do idoso.

3) Recursos humanos em saúde

Foram considerados e discutidos apenas os recursos humanos em saúde, ou seja, aqueles profissionais que lidam diretamente nos cuidados com os idosos, principalmente os cuidados relativos às AVD e aos cuidados de saúde.

4) Arranjos de assistência à saúde

Buscou-se encontrar e analisar indicadores que evidenciem a forma com a qual o estabelecimento se articula para responder as necessidades de saúde dos idosos que moram nesses locais. Sendo assim, foram destacadas características estruturais, bem como, algumas rotinas e processos desenvolvidos nas ILPI.

4.3.1 Lista de Variáveis e Indicadores

A partir dos aspectos descritos acima foram identificadas e selecionadas as seguintes variáveis de interesse e indicadores:

1. Panorama geral

- **Denominação - tipo de estabelecimento**

Tipo 1: estabelecimentos asilares, com enfoque social a idosos em regime de internato;

Tipo 2: estabelecimento cujo foco principal é o atendimento à saúde, portanto, assim denominado.

- **Natureza jurídica**

- Filantrópica
- Privada
- Pública municipal

- **Capacidade da instituição/ acesso:**

Número total de idosos que o serviço consegue atender, ou seja, número de leitos total disponível no estabelecimento, de acordo com a estrutura física e os recursos humanos.

Número de leitos ocupados, ou seja, de idosos instalados/albergados, no momento da inspeção.

- **Localização e respectiva coordenadoria regional de saúde**

- Centro
- Oeste
- Leste
- Norte
- Sudeste
- Sul

2. Caracterização dos residentes

- **Sexo**

- Feminino
- Masculino

- **Faixa etária**

- menos de 60 anos
- 60 – 79 anos
- + 80 anos

Grau de dependência do idoso: conforme a RDC 283/2005, que é o instrumento legal utilizado pelos técnicos da vigilância sanitária e pelo setor regulado para a mensuração do grau de dependência dos idosos que moram nas ILPI.

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

3. Estrutura física das instituições

- **Indicadores de Higiene e organização**

Quesitos observados: limpeza e desinfecção de ambientes, presença de pisos internos e externos de fácil higienização, presença de colchões impermeáveis que possibilitem a adequada higienização dos mesmos, mobiliário em bom estado de conservação, ausência de materiais inservíveis, controle e manejo adequado de resíduos – inclusive os de saúde, adequação do fluxo e da periodicidade da lavagem de roupas e da troca de lençóis e toalhas.

- **Condições de habitabilidade**

Embora para a VISA da cidade de São Paulo as ILPI já façam parte do rol dos estabelecimentos de saúde, elas não são obrigadas a apresentar a avaliação físico-funcional da edificação - LTA – Laudo Técnico de Avaliação, descrito na Portaria CVS 15 de 26/12/2002 - que estabelece critérios mínimos para instalações e edificações onde são desenvolvidas atividades de interesse à saúde. Portanto, este estudo descreveu e analisou apenas os aspectos considerados pela RDC 283 como observáveis pelos técnicos da saúde, ou seja, apenas os aspectos passíveis de serem avaliados sem a necessidade da presença de profissional com registro no Conselho Regional de Engenharia e Arquitetura. São eles:

- Conforto térmico e visual (janelas/ iluminação e ventilação).
- Presença de umidade/infiltração ou outras inadequações na manutenção da estrutura física.
- Presença de fiação exposta.

- **Segurança e Acessibilidade**

Indicadores que demonstram a capacidade do estabelecimento em promover a integridade física dos idosos – sobretudo com relação ao risco de quedas, e os que demonstrem as adaptações realizadas na estrutura para que o idoso possa continuar sendo independente e autônomo. São eles:

- Rampas e acessos que favorecem a acessibilidade.
 - Circulação interna com largura mínima.
 - Presença de itens de segurança (luz de vigília, campainha nos leitos).
 - Presença de barras de apoio nos corredores e sanitários.
 - Pisos uniformes e com mecanismo antiderrapante.
-
- **Estrutura e processos de trabalho que possam assegurar a privacidade do idoso**
- Dormitórios separados por sexo, no máximo 4 pessoas por cômodo.
 - Espaçamento adequado entre os leitos.
 - Banheiros separados por sexo.
 - Mobiliário que permita a individualização dos pertences.
 - Roupas e itens de cuidados diários individualizados, tais quais itens de higiene, óculos, dentre outros.
 - Presença de câmeras de observação e controle nos dormitórios e banheiros.
-
- **Assistência à saúde do idoso**
- Existência de Responsável técnico habilitado e da área da saúde - tipo de Formação.
 - Existência de local instituído para o posto de enfermagem.
 - Pia com água corrente para a lavagem das mãos.
 - Existência de registro que descreve as condições e necessidades de saúde dos idosos (prontuário atualizado).
 - Existência de normas e procedimentos escritos e implantados, referentes aos cuidados com os idosos.
 - Manual de rotinas e procedimentos para a gestão de saúde dos idosos, descritos em POP (Plano Operacional Padrão) e SAE (sistematização da assistência de enfermagem).

- Presença de serviço de remoção para o transporte de idosos em caso de intercorrências.
 - Possui registro diário de intercorrências.
 - Presença de cardápio elaborado por nutricionista, conforme as necessidades de saúde do idoso.
 - Presença de carteira de vacinação atualizada dos idosos e profissionais do local.
 - Realização de avaliação continuada do desempenho e padrão de funcionamento da instituição (se a instituição coleta e informa à VISA local, os indicadores de saúde exigidos no item 7.2 da RDC 283/2005)
-
- **Medicamentos**
 - Com registro e prazo de validade adequados.
 - Prescrição médica adequada.
 - Armazenamento adequado (sobretudo psicotrópicos e termolábeis).
 - Apresenta forma sistematizada de checagem da administração de medicamentos e controle das terapias prescritas.
-
- **Recursos humanos em saúde (quanto à presença e a quantidade dos profissionais)**
 - Cuidadores
 - Médico
 - Enfermeiro
 - Auxiliares/técnicos de enfermagem
 - Nutricionista
 - Fisioterapeuta
 - Psicólogo
 - Terapeuta ocupacional
 - Educador físico
 - Outros

4.4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os relatórios que contêm os relatos utilizados neste trabalho foram padronizados segundo modelo do Sistema de Informação de Vigilância Sanitária – SIVIVA, e a ficha de inspeção gerada pelos técnicos, com o registro das informações do estabelecimento inspecionado, passou a fazer parte do banco da vigilância sanitária municipal e estadual.

Para que a análise deste banco fosse possível, foi elaborado um instrumento de coleta (Anexo I) para a sistematização dos dados descritos nos relatórios de inspeção realizados pelas equipes locais. Este instrumento permitiu a passagem da descrição textual do que é observado para a quantificação – que carrega em si modelo cuja especificidade possibilitou a proposta de investigação desta pesquisa descritiva quantitativa, que registrou, compilou, analisou e discutiu os dados observados na realidade do cotidiano das ILPI, transformando-os em observações com significado. Portanto, foi a prática quem delineou a pesquisa.

A leitura e a sistematização de todo o conteúdo dos textos das fichas de inspeção foram realizadas pela pesquisadora do trabalho, cujos processos de recebimento, leitura e monitoramento dessas fichas (relatórios de inspeções), realizadas nas ILPI do município de São Paulo, fazem parte das suas atribuições como técnica do órgão fiscalizador.

Foi utilizado o programa estatístico EPI Info 3.5.1 (software de domínio público da Organização Mundial da Saúde) para informatizar os dados e para a análise foi utilizado o SPSS 13.0. Neste programa estatístico foi feita toda a estatística descritiva (distribuição de frequências absoluta e relativa, medidas de

tendência central, variância e desvio padrão) de todas as variáveis, considerando-se como unidade de análise a instituição (ILPI).

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (confirmação de aprovação pelo CAAE nº 42106215.8.0000.5469).

5. RESULTADOS

5.1 PANORAMA GERAL

Para este estudo foram analisadas 321 instituições, embora houvesse, até o ano de 2014, 381 ILPI cadastradas no município de São Paulo. Vinte e nove estabelecimentos foram excluídos por terem sido fechados pela vigilância sanitária nesse ano (2 na região Centro, 6 na região Oeste, 5 na região Leste, 6 na região Norte e 4 na região Sul). Outros 31 estabelecimentos, embora ainda em funcionamento, optou-se pela exclusão dessas ILPI da análise porque discrepavam totalmente dos aspectos de interesse deste estudo, por apresentarem condições severamente inadequadas de funcionamento, tais quais falta de higiene grave, falta de alimentos e ausência de equipe adequada de cuidadores e de assistência, dentre outros fatores que descrevem situações de elevado risco a saúde dos idosos.

Na tabela 1 apresentamos as características gerais das instituições.

Tabela 1 – Distribuição das ILPI quanto à região de localização, à natureza jurídica, ao número de leitos, à autodenominação, ao sexo e ao grau de dependência dos idosos institucionalizados (São Paulo, SP, 2014)

Características	n	%
Região		
Centro	14	4,4
Oeste	56	17,4
Leste	34	10,6
Norte	45	14,0
Sudeste	109	34,0
Sul	63	19,6
Autodenominação		
Casa de repouso/asilo	279	86,9
Serviço de saúde	42	13,1
Natureza Jurídica		
Privada	278	86,6
Filantrópica	34	10,6
Pública Municipal	9	2,8
Número de Leitos (média= 33,18)		
Até 20	112	34,9
21 - 50	170	53,0
51 – 99	24	7,5
100 +	15	4,7
Sexo dos idosos atendidos		
Só feminino	4	1,4
Só Masculino	270	84,1
Misto		
*Homens/10 mulheres		
Até 4 homens	90	50
5 – 6	45	25
7 – 10	44	15
Mais que 10	42	10
Grau de Dependência		
Só I	21	6,5
I e II	35	10,9
I, II e III	244	76,0
II e III	14	4,4
Só III	7	2,2

*Somente 221 fichas de ILPI apresentavam a informação

Das 321 ILPI analisadas, observou-se que elas estavam operando com quase toda a sua capacidade, pois das 10.685 vagas oferecidas, 9.538 encontravam-se ocupadas, ou seja, apenas 9% das vagas oferecidas encontravam-se disponíveis.

Quanto à distribuição das instituições no município de São Paulo, parte considerável (34%) se concentrava na região sudeste, seguida da sul (19,6%), da oeste (17,4%), da norte (14%) e leste (10,6%); e a menor parte desse universo (4,4%) estava localizada na região central da cidade.

Chama a atenção que a massiva maioria (86,9%) mantém a tradição da autodenominação casa de repouso, asilo ou lar para idoso e somente 13% - serviço de saúde, que parece ser o foco do papel que essas instituições, de fato, vêm desempenhando, que é a assistência e o cuidado à saúde. Como era esperado, do ponto de vista da natureza jurídica das instituições, uma minoria (2,8%) era pública municipal, no extremo oposto, privada (86,6%), restando as filantrópicas uma proporção de 10,6%.

Observou-se que a média do número de leitos das ILPI de São Paulo era de 33,18, no entanto, 59,8% poderiam ser classificadas como pequenas, com até 25 leitos, evidenciando que algumas poucas possuíam um grande número de leitos, que chegavam a mais de 200, a maior delas com 225 leitos.

A maior parte das ILPI (84,1%) assistia idosos de ambos os sexos, não obstante o número de mulheres seja muito maior, haja vista que na metade das instituições havia, para cada 10 mulheres, 4 homens e somente em 10%, havia número maior de homens. A relação entre o número de homens e mulheres nestas instituições foi calculada com base na informação de 221 ILPI, cujos relatórios descreviam o total de homens e de mulheres residentes.

O estudo também coletou informações sobre o grau de dependência dos residentes em ILPI, para tanto, utilizou a classificação apresentada pela RDC N° 283, que é baseada na avaliação da capacidade dos idosos em realizar as atividades de vida diária – AVD, classificação descrita no tópico 4.3.1 deste trabalho. De acordo com os dados encontrados, a grande maioria (76%) aceitava idosos em qualquer estágio de dependência. Entretanto, havia 21 instituições (6,5%) acolhendo somente idosos independentes e autônomos e 7 instituições (2,2%) que prestavam serviços a idosos dependentes de outras pessoas para realizar as atividades de vida diária.

Tabela 2. Relação entre a natureza jurídica das instituições e o grau de dependência dos idosos que moram nas ILPI (São Paulo, SP, 2014)

	Grau de dependência					
	Só I + I e II		I, II e III		II e III + só III	
	n	%	N	%	N	%
Natureza Jurídica						
Privada	39	69,6	219	89,8	20	95,2
Filantrópica	11	19,6	22	9,0	1	4,8
Pública	6	10,7	3	1,2	0	0

A Tabela 2 apresenta a relação entre a natureza jurídica e o grau de dependência, ou seja, tentamos responder à pergunta, a natureza jurídica da instituição influencia na característica dos idosos atendidos no que tange ao seu grau de dependência? Como vimos na Tabela 1, a grande maioria (86,6%) das instituições era de natureza jurídica privada, sendo, portanto esse tipo de instituição hegemônico no atendimento aos idosos no município de São Paulo, independente do grau de dependência de sua clientela. Ainda na Tabela 1, percebemos que a grande maioria (76%) atende a idosos com qualquer grau de dependência, enquanto aquelas que

atendem exclusivamente os idosos mais dependentes são em número muito menor, correspondendo a somente 6,6% das ILPI. Quando foi analisada a natureza jurídica das ILPI (Tabela2) que atendiam os idosos mais dependentes (grau II e III), constatou-se que a imensa maioria (95,2%) era privada, enquanto nenhuma das públicas ofertava serviço exclusivamente para idosos com esse tipo de necessidade.. Em contrapartida, as públicas, que representam apenas 2,8% do total das ILPI analisadas, eram 10,7% das que tinham o foco da assistência concentrado nos idosos mais independentes.

5.2 CARACTERÍSTICAS DOS RESIDENTES

A Tabela 3 apresenta as características de idade e grau de dependência tendo como unidade de análise os idosos residentes nas ILPI inspecionadas pela vigilância do município de São Paulo.

Os relatos de inspeção da vigilância sanitária mostraram que as ILPI de São Paulo já possuíam 9538 pessoas morando nessas instituições, até 2014. Vale lembrar que, por definição, as ILPI são aquelas voltadas para o atendimento de pessoas de 60 anos ou mais de idade, no entanto, essas informações referem-se ao total de residentes, incluindo aqueles com idades inferiores a 60 anos, que estavam institucionalizados por necessidades de cuidados diários de saúde e por intervenção judicial.

Mais da metade dos idosos que estavam nas instituições (58,5%) tinha mais de 80 anos, os chamados “very-old”, 40% tinha idades entre 60 e 79 anos e as pessoas com idade inferior a 60 anos representavam somente 1,5% dos institucionalizados.

Tabela 3 – Descrição da faixa etária e do grau de dependência dos idosos que moram nas ILPI (São Paulo, SP, 2014)

Faixa Etária (anos)	n	%
Menos de 60	134	1,5
60 – 79	3838	40
80 ou mais	5566	58,5
Grau de Dependência		
Grau I	4469	46
Grau II	2778	29
Grau III	2291	25
Total	9538	100

Com relação ao grau de dependência dos idosos, frente à realização das AVD, 46% eram independentes (Grau I), 29%, semidependentes (Grau II) e 25% eram idosos que requeriam assistência em todas AVD e, portanto totalmente dependentes (Grau III).

5.3 ESTRUTURA FÍSICA DAS INSTITUIÇÕES

Tabela 4 – Distribuição das ILPI em relação às condições gerais e de estrutura física de acessibilidade e de privacidade/individualidade ofertadas aos idosos (São Paulo, SP, 2014)

Estrutura Física	n	%
Condições gerais		
Higienizado e organizado	238	74,1
Confortável térmica e visualmente	263	81,9
Sem umidade e sem infiltração	204	63,6
Sem fiação exposta	198	61,7
Itens de acessibilidade adequados		
Acessos	252	78,5
Circulação interna	275	85,7
Itens de segurança (luz de vigília e campainha de emergência nos leitos)	168	52,3
Barras de apoio	221	68,8
Pisos uniformes	152	47,4
Itens que asseguram a individualidade/privacidade do idoso		
Dormitórios separados por sexo, com no máximo 4 leitos	249	92,2
Banheiros separados por sexo	200	74,1
Espaçamento entre as camas	227	70,7
Mobiliário individual	172	53,6
Rotinas e individualidade*	140	43,6

* Fluxo de lavagem das roupas de modo segregado, individualização de roupas, de calçados, de pertences pessoais e de itens de higiene pessoal, como escova de dente, sabonete e esponja de banho.

Com base na Tabela 4, no geral, as instituições procuravam manter os itens de estrutura física de forma adequada, sendo que em relação à metade dos principais quesitos para avaliação das condições de estrutura mais de 70% das ILPI estavam convenientemente estruturadas. Chamaram a atenção itens como conforto térmico e visual, circulação interna e dormitórios separados por sexo, com no máximo 4 leitos, que estavam apropriados para o atendimento dos idosos em mais de 80% dos casos.

Entretanto, outros aspectos da estrutura física estavam adequados somente em cerca de 50% das instituições, quais sejam, itens de segurança (luz de vigília e campainha de emergência nos leitos), pisos uniformes; bem como rotinas institucionais que deveriam ser capazes de promover a privacidade e a individualidade dos idosos, que são o mobiliário individual e rotinas e individualidade, esta diz respeito ao fluxo de lavagem das roupas de modo segregado, individualização de roupas, de calçados, de pertences pessoais e de itens de higiene pessoal, como escova de dente, sabonete e esponja de banho.

Em seguida analisamos mais detalhadamente os itens estruturais relacionados com a acessibilidade e com a privacidade dos idosos, de acordo com o grau de dependência deles (Tabela 5).

Tabela 5 - Relação entre o grau de dependência dos idosos institucionalizados e a estrutura física das ILPI, de acordo com a acessibilidade e a privacidade/individualidade oferecida aos moradores (São Paulo, SP, 2014)

	Só I + I e II		Grau de dependência I, II e III		II e III + só III	
	n	%	n	%	n	%
Itens de acessibilidade						
Acessos adequados						
Sim	43	76,8	193	79,4	16	76,2
Não	13	23,2	50	20,6	5	23,8
Circulação interna adequada						
Sim	48	85,7	211	86,5	16	76,2
Não	8	14,3	33	13,5	5	23,8
Tem itens de segurança						
Sim	27	48,2	129	52,9	12	57,1
Não	29	51,8	115	47,1	9	42,9
Tem barras de apoio						
Sim	40	71,4	170	69,7	11	52,4
Não	16	28,6	74	30,3	10	47,6
Pisos uniformes						
Sim	28	50,0	114	46,7	10	47,6
Não	28	50,0	130	53,3	11	52,4
Privacidade						
Dormitórios separados por sexo						
Sim	36	64,3	197	80,7	16	76,2
Não	20	35,7	47	19,3	5	23,8
Banheiros separados por sexo						
Sim	31	75,6	158	76,0	11	57,9
Não	10	24,4	50	24,0	8	42,1
Espaço adequado entre as camas						
Sim	46	82,1	166	68,0	15	71,4
Não	10	17,9	78	32,0	6	28,6
Tem mobiliário de uso pessoal						
Sim	39	69,6	126	51,6	7	33,3
Não	17	30,4	118	48,4	14	66,7
Rotinas individualizadas *						
Sim	33	58,9	101	41,4	6	28,6
Não	23	41,1	143	58,6	15	71,4

* Fluxo de lavagem das roupas de modo segregado, individualização de roupas, de calçados, de pertences pessoais e de itens de higiene pessoal, como escova de dente, sabonete e esponja de banho.

No tocante às adequações da acessibilidade expressa nas estruturas necessárias para facilitar a locomoção, a mobilidade e a independência dos idosos, parecem não ser alterada de forma significativa quando levamos em conta o grau de dependência dos idosos que lá vivem. Em outras palavras, as instituições possuíam rampas, escadas e acessos adequados independentemente do grau de dependência apresentado pelos idosos residentes. O mesmo aconteceu com relação à presença de pisos uniformes que se manteve em torno de 50% das instituições, tendo sido pouco alterado pelo grau de dependência dos idosos albergados. Já os itens circulação interna igual ou maior a 1,5 m, considerada adequada para a locomoção e mobilidade de pessoas que necessitam de equipamentos de auxílio à marcha, e as barras de apoio, apareceram em 76,2% e 52,4%, respectivamente, das ILPI que atendiam idosos mais dependentes (grau II e III), contra 85% e 68,8%, na devida ordem. Ocorre o inverso em relação aos itens de segurança (presença de campainha nos leitos e luz de vigília), ou seja, quase não há incremento das ILPI que possuem tais itens nas instituições que atendem idosos com maiores dependências, de 52,3% para 57,1%.

Com relação às condições que promovem a manutenção da privacidade (presença de mobiliário para a individualização dos pertences e rotinas individualizadas) do idoso que vive em uma ILPI, vimos que as proporções de adequação diminuem bastante em comparação aos itens de estrutura física e de acessibilidade. Chamou a atenção que nas instituições que atendiam idosos mais dependentes os itens de privacidade sejam menos importantes ainda. Se aproximadamente 50% das ILPI mostraram adequação em relação aos itens que

promovem a privacidade, as frequências de adequação entre as instituições que atendiam idosos mais dependentes giravam em torno de 30%.

5.4 RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Quase a totalidade das ILPI apresentavam recursos humanos em saúde vinculados aos cuidados com os idosos (90,7%).

Tabela 6 - Distribuição das ILPI em relação à presença de recursos humanos especializados em saúde (São Paulo, SP, 2014)

Tipo de Profissionais	N	%
Médico	268	83,5
Auxiliar de enfermagem	288	89,7
Enfermeiro	286	89,1
Nutricionista	232	72,3
Cuidadores	169	52,6
Fisioterapeuta	94	29,3
Terapeuta ocupacional	32	10
Psicólogo	26	8,1
Farmacêutico	11	3,4
Educador Físico	11	3,4
Outros profissionais	10	3,1
Assistente Social	5	1,6

No que tange à formação destes, há uma predominância dos profissionais de saúde clássicos, o médico, o auxiliar de enfermagem, o técnico de enfermagem e o enfermeiro, que apareciam em aproximadamente 90% das instituições. Em seguida,

os profissionais que apareciam mais frequentemente eram: o nutricionista (72,3%), o cuidador (52,6%) e o fisioterapeuta (29,3%). Chama a atenção o reduzido número de instituições com a presença do assistente social (1,6%) e a presença de profissionais farmacêuticos (3,4%), profissional cuja atuação é mais comum em serviços de saúde onde há dispensário de medicação, estrutura não permitida para as ILPI, de acordo com as normas vigentes (Tabela 6).

Com relação aos profissionais capazes de promover a reabilitação e a manutenção funcional dos idosos, apenas 29,3% das instituições possuía profissional fisioterapeuta, 10% delas possuíam terapeuta ocupacional e 3,4% - profissional educador físico (Tabela 6).

Tabela 7 - Relação entre o grau de dependência dos idosos institucionalizados e a presença de recursos humanos especializados em saúde (São Paulo, SP, 2014)

	Grau de dependência					
	Só I + I e II		I, II e III		II e III + só III	
	n	%	n	%	N	%
Recursos humanos em saúde						
Sim	39	70,9	233	96,7	19	90,5
Não	16	29,1	8	3,3	2	9,5
Responsável técnico						
Sim	30	53,6	186	76,2	17	81,0
Não	26	46,4	58	23,8	4	19,0
Profissional médico						
Sim	33	58,9	217	88,9	18	85,7
Não	23	41,1	27	11,1	3	14,3

Quando se procurou estabelecer uma relação entre a presença de recursos humanos em saúde nas ILPI e o grau de dependência dos idosos, percebeu-se que, mesmo, as instituições que possuíam somente os idosos mais independentes (grau I e II) embora em menor frequência em relação às outras ILPI, 70,9% delas

apresentaram recursos humanos em saúde, 53,6% tinham como responsável técnico um profissional de saúde e 58,9% possuíam médico atuando no serviço. Observou-se, ainda, que 96,7% dos serviços que atendem a idosos com dependência mantinham recursos humanos em saúde e 88,9% deles apresenta profissional médico atuando na instituição, números até mais expressivos do que os encontrados nas ILPI que atendem somente os idosos mais dependentes, que apresentaram 90,5% e 85,7%, respectivamente. Ressalta-se que as instituições que atendem os idosos mais dependentes foram as que mais apresentaram responsável técnico da área da saúde (81%), seguidos das que atendem idosos com todos os níveis de dependência (76,2%) (Tabela 7).

5.5 ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO

Com a premissa de que as ILPI no município deixaram de ser apenas locais de moradia dos idosos e passaram a desenvolver sua atenção com foco nos cuidados de saúde, foram analisados alguns itens capazes de descrever como se dava essa assistência em locais que ainda são chamados de asilos e lares para idosos (Tabela 8).

Tabela 8 - Assistência à saúde nas ILPI: estrutura, processos e assistência farmacêutica prestada nas instituições (São Paulo, SP, 2014)

Assistência à saúde	N	%
Estrutura		
Possui responsável técnico	233	72,6
Possui posto de enfermagem	292	91,0
Possui pia com água corrente	283	88,2
Possui serviço de remoção	142	44,2
Processos		
Possui prontuário organizado	175	54,5
Possui POP* descritos e implantados	88	27,4
Possui livro de registro de intercorrências	191	59,5
Possui cardápio elaborado por nutricionista	230	71,7
Possui carteira de vacinação dos idosos	162	50,5
Possui carteira de vacinação dos profissionais	82	25,5
Realiza coleta dos indicadores de saúde (RDC 283)	182	56,7
Medicamentos		
Registro e prazo de validade adequado	278	86,6
Possui prescrição médica	258	80,4
Armazenamento e controle adequados	163	50,8
Checagem e administração adequadas	234	72,9

* POP – Procedimento Operacional Padronizado

Com relação à estrutura apresentada por esses serviços, para o desenvolvimento das práticas de saúde, constatou-se que 72,6% possuíam como responsável técnico um profissional da área da saúde (porcentagem que era de 81% nas ILPI que acolhiam idosos mais dependentes, como vimos na Tabela 7), que quase todos (91%) os serviços possuíam local específico destinado a posto de

enfermagem (88,2% deles com pia exclusiva) e que 44,2% possuíam serviço de remoção terceirizado ou transporte sanitário próprio para o caso de intercorrências de saúde (Tabela 8).

Quando passamos a analisar alguns itens que se relacionam aos processos que compõem a assistência à saúde dos idosos nesses serviços, de forma geral, eles estavam menos adequados, pois aproximadamente 55% apresentavam prontuários organizados, com evolução atual e identificação dos profissionais atuantes, possuíam registro e encaminhamento de intercorrências, realizavam coleta dos indicadores de saúde preconizados pela RDC nº 283, possuíam carteira de vacinação dos idosos atualizada. Além disso, apenas 25,5% das ILPI possuíam carteira de vacinação dos profissionais que assistiam os idosos. Chamou a atenção, por um lado, que grande parte dos serviços (71,7%) possuía cardápio elaborado por nutricionista, por outro, o que pode ser preocupante, é que os procedimentos operacionais padrão (POP) e treinamento de profissionais para o desenvolvimento das práticas de saúde foram apresentados por apenas 27,4% dos serviços.

Ressalta-se que este estudo realizou a coleta de informações acerca do Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, conforme consta no instrumento de coleta de dados, em anexo. Mas não foram encontrados relatos do referido plano, nos relatórios de inspeções analisados.

Tabela 9 - Relação entre o grau de dependência dos idosos institucionalizados e a assistência à saúde prestada nas ILPI (São Paulo, SP, 2014)

	Grau de dependência					
	Só I + I e II		I, II e III		II e III + só III	
	n	%	N	%	n	%
Estrutura						
Posto de enfermagem						
Sim	43	76,8	230	78,8	19	90,5
Não	13	23,2	14	48,3	2	9,5
Pia com água corrente						
Sim	41	73,2	224	79,2	18	85,7
Não	15	39,5	20	52,6	3	7,9
Serviço de remoção						
Sim	22	39,3	111	45,5	9	42,9
Não	34	60,7	133	54,5	12	57,1
Processos						
Prontuário organizado						
Sim	26	46,4	136	55,7	13	61,9
Não	30	55,7	108	44,3	8	38,1
POP descritos e implantados						
Sim	11	19,6	71	29,1	6	28,6
Não	45	80,4	173	70,9	15	71,4
Livro de registro de intercorrências						
Sim	31	55,4	149	61,1	11	52,4
Não	25	44,6	95	38,9	10	47,6
Cardápio elaborado por nutricionista						
Sim	34	60,7	180	73,8	16	76,2
Não	22	39,3	64	26,2	5	23,8
Carteira de vacinação dos idosos						
Sim	28	50	124	50,8	10	47,6
Não	28	50	120	49,2	11	52,4
Carteira de vacinação dos profissionais						
Sim	15	26,8	62	25,4	5	23,8
Não	41	73,2	182	74,6	16	76,2
Realiza coleta dos indicadores de saúde *						
Sim	29	51,8	140	57,4	13	61,9
Não	27	48,2	104	42,6	8	38,1

* RDC nº 283/2005

De forma geral, quando relacionamos os itens e os aspectos que compõem a assistência à saúde prestada nas ILPI com o grau de dependência dos idosos que moram nesses locais, pudemos constatar que quanto maior o grau de dependência, mais itens como posto de enfermagem, pia com água corrente e prontuário organizado se fazem presentes. Apesar de que alguns itens – de estrutura (serviço de remoção) e de processos (POP, livro de intercorrência e carteira vacinal dos idosos) apareçam em número ligeiramente maior nas ILPI que assistem idosos com qualquer grau de dependência. No entanto, não se pode deixar de apontar que, mesmo, as ILPI onde vivem idosos com baixos níveis de dependência parecem possuir estrutura para a realização de práticas de saúde, tais quais: posto de enfermagem (76,8%) munido de pia com água corrente (73,2%), serviço de remoção (39,3%), presença de prontuários organizados (46,4%), livro de registro de intercorrências (55,4%), cardápio elaborado por nutricionista (60,7%) e coleta de indicadores de saúde (51,8%) (Tabela 9).

Com relação aos medicamentos utilizados pelos idosos, 86,6% das ILPI estudadas possuíam medicamentos com registro e prazo de validade adequados, 80,4% apresentavam prescrição médica, 72,9% apresentavam prática de controle de checagem e de administração de medicações. Contudo, cerca de metade dos serviços mantinham armazenamento e controle adequado de fármacos (Tabela 8).

Tabela 10 - Relação entre o grau de dependência dos idosos institucionalizados e a assistência farmacêutica prestada nas ILPI (São Paulo, SP, 2014)

	Grau de dependência					
	só I + I e II		I, II e III		II e III + só III	
	n	%	n	%	n	%
Registro e prazo de validade adequados						
Sim	44	78,6	217	88,9	17	81
Não	12	21,4	27	11,1	4	19
Possui prescrição médica						
Sim	41	73,2	203	83,2	14	66,7
Não	15	26,8	41	16,8	7	33,3
Armazenamento e controle adequados						
Sim	30	53,6	122	50	11	52,4
Não	26	46,4	122	50	10	47,6
Checagem e administração adequadas						
Sim	40	71,4	181	74,2	13	61,9
Não	16	28,6	63	25,8	8	38,1

Quando analisamos o manejo dos medicamentos com relação ao grau de dependência dos idosos, percebemos que de forma geral as instituições, que assistem idosos com todos os graus de dependência, apresentam melhor assistência farmacêutica (Tabela 10), exceto com relação ao armazenamento e controle dos medicamentos, item que, de forma semelhante, aparece como o mais inadequado dos indicadores. No entanto, não se pode deixar de comentar que há instituições, e aqui se fala do modelo público, estruturadas apenas para idosos independentes e autônomos, sendo, portanto, os próprios idosos capazes de manipular sua medicação.

6. DISCUSSÃO

6.1 PANORAMA GERAL DAS ILPI

Este trabalho objetivou abranger a totalidade das ILPI do município de São Paulo, tendo os cadastros na vigilância sanitária como base de identificação dessas instituições.

Até 2014, o município de São Paulo possuía 381 ILPI cadastradas e distribuídas nas seis Coordenadorias Regionais de Saúde do município; parte considerável se concentrava na região sudeste e sul, sendo que na região central da cidade, encontramos a menor parte do universo.

As instituições encontradas neste estudo eram, em sua maioria, de pequeno porte, até 20 leitos, embora a média do número de leitos seja maior (33,18 leitos), na verdade, pressionada por algumas poucas ILPI com mais de 200 leitos.

O pequeno porte das instituições contribui para o caráter domiciliar que a maioria delas ainda preserva. CAMARANO e KANSO (2010) citam que muitas instituições tentam oferecer aos residentes um espaço que reproduza a vida em família, algumas, por exemplo, autodenominam-se lares, que pretendiam oferecer apenas alimentação e moradia para os idosos. Mas como veremos adiante, esses locais parecem estar deixando de serem apenas lares para se tornarem instituições de assistência à saúde.

O número de ILPI vem aumentando, o que revela a elevação da oferta e, por conseguinte, da demanda por estas instituições. De 2003 a 2008, em média, 20

estabelecimentos foram cadastrados por mês, número bem inferior aos, em média, 60 estabelecimentos que, atualmente, são cadastrados mensalmente. Além disso, outro dado reforça o alto nível da demanda é que, em 2014, 91% das ILPI já funcionavam com quase toda a sua capacidade de leitos ocupados, mesmo índice de ocupação encontrada por CAMARANO e KANSO (2010) quando foram analisadas todas as ILPI do Brasil, o que sugere a intensa procura por ILPI não só na capital paulista, mas em nível nacional.

O acelerado aumento da demanda impulsiona um novo mercado e, aos poucos, o caráter residencial e assistencial de locais que anteriormente eram chamados de “asilo” e “lar para idosos” vai dando espaço para serviços privados que hoje são comercializados e procurados pela assistência à saúde que oferecem, ao que parece, um diferencial reivindicado pela clientela.

Em pesquisa da velhice em asilos, realizada pela antropóloga BEBERT (1999) os depoimentos dos idosos evidenciam que entre as vantagens, reconhecidas por todos os moradores, estão os cuidados médicos e paramédicos. Podemos supor, então, que os próprios idosos, quando tem a chance de escolher a instituição onde vão morar em sua velhice, procuram aquelas que incluem os cuidados à saúde entre os atendimentos oferecidos, como se estes fossem essenciais nesse momento de suas vidas.

Outro fator importante, ainda, não previsto em normatização em São Paulo e que não pode ser deixado de lado na construção desse cenário, é o das novas ILPI que já se denominarem como “clínica de cuidados para idosos”, “clínica médica geriátrica”, “unidades de cuidados especiais para idosos”, “centro de atendimento”, “unidade gerontológica” e “clínica de cuidados paliativos”. Esta última, no estilo dos

modernos “hospice”, que, de acordo com FLORIANI e SCHRAMM (2010), vêm de um movimento social voltado para a assistência de pacientes com doenças avançadas e sem possibilidade de cura. Estes serviços, atualmente, elaborados para a redução de custos provenientes de longas internações hospitalares, fazem parte e são consequência da implantação da assistência domiciliar capaz de proporcionar a desospitalização de idosos, que possuem com maior frequência doenças crônicas, degenerativas e debilidade cognitiva.

O contraste de mais de 85% das instituições privadas, destinadas a idosos pagantes, com o pouco mais de 10% das filantrópicas consolida uma tendência de mudança no perfil, no papel e na abordagem das ILPI. Ao que tudo indica, na capital paulista, o aumento expressivo no número de ILPI privadas tem sido impulsionado pelo acelerado processo de envelhecimento populacional aliado à alteração das características das famílias frente às mudanças sociais. Da mesma forma, a Diretoria de Serviço Social da Secretaria Extraordinária de Qualidade de Vida da Prefeitura do Rio de Janeiro mostrava em 2005/2006 que 76% das ILPI no município eram privadas, 21%, filantrópicas e somente 3%, públicas (POLLO e ASSIS, 2008). São indícios de que o contexto nas grandes capitais, com altos índices de envelhecimento populacional, propicia a abertura de um novo mercado, que ao que parece, é altamente rentável.

Não obstante, em contraposição à capital paulista e carioca, de acordo com a pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2010), no território brasileiro a predominância de instituições filantrópicas ainda é marcante, sendo que 62% das 3548 instituições identificadas eram mantidas por entidades de

caridade, reafirmando-se a origem das ILPI ligada aos asilos dirigidos à população carente que necessita de abrigo.

Diante do que já foi mencionado, de que nos últimos cinco anos triplicou o número médio de ILPI cadastradas mensalmente, impressiona o fato de que apenas 2,8% das ILPI sejam instituições públicas – todas municipais. Esse desequilíbrio nas proporções das ILPI de acordo com a sua natureza jurídica e o insignificante investimento do setor público nessa área, confirma os achados do IPEA (2011) que revelam que o número de instituições públicas (218 asilos em todo o país) abrangendo todo o universo das esferas federal, estadual e municipal, não estava acompanhando o crescimento da população idosa, que já chegava a mais de 20 milhões de pessoas, de acordo com o Censo de 2010.

É importante que se diga que o déficit de vagas provenientes de ILPI públicas dificulta as ações da vigilância sanitária que tem como possível desdobramento a interdição das instituições que são severamente inadequadas para os idosos. Nestas ocasiões é necessária a transferência dos idosos que vivem nesses lugares e a ausência de vagas públicas traz importante complicador para que as equipes da VISA encontrem local adequado para esses idosos, sobretudo os que não possuem família e são muito dependentes, perfil não atendido pelas instituições públicas. Sendo assim, por vezes, esses idosos, ao serem retirados das instituições interditadas, são encaminhados para os leitos hospitalares locais, que acabam sendo a única opção disponível. Esta solução onera o idoso, que sem necessidades objetivas passa a viver em um hospital por longos períodos, e o sistema de saúde, pois os custos de uma internação hospitalar são elevados e não são raras as situações em que os hospitais estão superlotados.

Embora este trabalho não tenha subsídios para responder, aqui se tornam oportunas as perguntas:

Demanda e oferta estão adequadas? A elevada taxa de ocupação das ILPI indica que a dificuldade de acesso parece ser o fator realmente limitante para que mais idosos sejam institucionalizados. A dificuldade geral de acesso às ILPI é agravada pelas condições impostas pela maioria das instituições que não aceita idosos demenciados ou acamados e várias recusam idosos com doenças orgânicas (ARAUJO, SOUZA e FARO, 2010).

Outro questionamento a ser feito é o de que uma vez que a demanda de atendimento atrelada à velhice, em tempos modernos, vem se tornando uma questão de ordem pública, não caberia ao Estado a ampliação do acesso, principalmente, daqueles que não podem pagar, por meio da inclusão de equipamentos do tipo ILPI nas redes de atenção ao idoso?

6.2 CARACTERÍSTICAS DOS RESIDENTES

Neste estudo foram ainda levantadas algumas características das pessoas que vivem nas ILPI, tais como idade, sexo e grau de dependência delas frente à realização das ABVD.

6.2.1 Idade

A definição do que é ser idoso parece óbvia à primeira vista, entretanto uma rápida revisão da literatura a respeito das condições de vida em séculos anteriores nos leva a concluir que as concepções de juventude e de velhice modificam-se, ganham interpretações variadas, transformando-se ao longo do tempo (ROSA, 1999).

Os atuais recortes em estágios de envelhecimento, com base na idade e no nível de independência funcional dos idosos são citados pela antropóloga DEBERT (1999) que impele críticas às pesquisas que englobam na categoria “velhos” os indivíduos com 60 anos ou mais, desconhecendo a diversidade no controle de uma série de recursos que existe entre aqueles que têm 60 anos e outros vinte e trinta anos mais velhos.

Assim, levando-se em consideração as ressalvas acima em relação ao ponto de corte de 60 anos para a classificação geral das pessoas como idoso, propusemos analisar a perspectiva etária do ponto de vista de 3 grupos, os mais usados na literatura mundial, menos de 60, entre 60 e 79 e mais de oitenta anos.

Notamos que mais da metade dos idosos institucionalizados em São Paulo possuía mais de 80 anos, os chamados “very-old”. Essa tendência era esperada e já vem sendo observada em outros estudos no Brasil.

De acordo com POLLO e ASSIS (2008), nos países avançados, a predominância nas instituições é de idosos com idades mais avançadas, com perdas funcionais sérias e com demência. Estes autores ainda afirmam que nos países como o Brasil, com extremas desigualdades socioeconômicas e diversidade cultural, o atendimento assume contornos diferenciados, mas no Sul e Sudeste e para aqueles com poder aquisitivo maior, a institucionalização tende a ser similar a dos países desenvolvidos. Mas deve-se ressaltar que, independentemente da idade, muitos

idosos são institucionalizados por doenças crônico-degenerativas e dificuldades geradas pela falta da família ou pela impossibilidade desta para mantê-lo (POLLO e ASSIS, 2008).

São Paulo apresenta taxas elevadas de crescimento da população muito idosa, advindas da redução da mortalidade nas idades avançadas no principal município do estado de São Paulo, onde, por suas características de alto desenvolvimento, o processo de envelhecimento populacional ocorreu antes do restante do país, encontrando-se, portanto, em estágio mais avançado (IPEA, 2010). Dessa forma, podemos dizer que nesta cidade o perfil dos idosos institucionalizados é similar ao dos países desenvolvidos.

Ainda, com relação à idade dos residentes das ILPI, aproveitamos o fato de que nelas não vivam apenas indivíduos com mais de 60 anos, para refletirmos sobre aspectos conceituais e sobre possíveis outras funções assumidas, recentemente, por estas instituições. O Estatuto do Idoso orienta e define as ILPI como instituições específicas para idosos, por entender que estes possuem necessidades específicas relacionadas ao processo de envelhecimento e que tais necessidades devem ser o foco da atenção nesses serviços. Apesar disso, em São Paulo foram encontrados, ainda que em número pequeno, indivíduos com menos de 60 anos vivendo nas ILPI, o que contraria o Estatuto do Idoso.

A mesma situação foi observada em outras regiões do Brasil. Em relatório de pesquisa sobre as ILPI de Curitiba - PR, os moradores com idade inferior a 60 anos representavam 18% do total da população encontrada nessas instituições e eram indivíduos com transtornos mentais, alcoolistas e pessoas portadoras de necessidades especiais, que requeriam tratamento especializado e acabavam sendo encaminhadas

para as ILPI, apesar de elas serem consideradas inadequadas em ofertar um atendimento compatível com as necessidades dessa clientela (IPARDES, 2008).

As cenas parecem sugerir que as ILPI estão se tornando locais onde são atendidas pessoas em condições não decorrentes diretamente das circunstâncias de ser velho. E se outros – que não os velhos – estão sendo acolhidos nessas instituições, talvez tenhamos que nos perguntar se elas, investidas socialmente e culturalmente, não estão, de forma equivocada, reduzindo e entendendo a velhice apenas sob o prisma da doença e da perda da função. As ocorrências parecem indicar que esses locais podem estar “internando” pessoas que são, em verdade, pacientes portadores de patologias ou de sequelas decorrentes de agravos à saúde que as deixaram dependentes de cuidados de saúde diários. No entanto, podem sugerir, também, que as ILPI estão exercendo a função de isolamento da sociedade de indivíduos que em tempos anteriores seriam pacientes que potencialmente ocupariam os leitos de hospitais psiquiátricos. A redução drástica de leitos desse tipo, fomentada pela Reforma Psiquiátrica e pelo movimento antimanicomial, aliada à falta de estruturas extra-hospitalares de tratamento alternativo, parece ter encontrado nas ILPI estrutura conveniente de substituição. Apesar de não haver informações completas em todos os relatórios sobre os indivíduos com menos de 60 anos, albergados nas instituições de São Paulo, é fato que, das informações existentes, a maioria dos indivíduos com menos de 60 anos vivia nas ILPI por apresentarem transtornos mentais, reafirmando, também, no contexto paulista a segunda proposição.

Portanto, cabe uma melhor discussão sobre o papel das ILPI no atendimento desses moradores com necessidades diferenciadas e se o tratamento recebido por eles

nessas instituições é apropriado e condizente com seu ciclo da vida, o que pode mudar completamente a evolução e o prognóstico de seu quadro clínico

6.2.2 Gênero

Ao se considerar qualquer um dos aspectos da velhice, não se pode deixar de contemplar o viés de gênero. Nesse sentido, este estudo constatou que nas ILPI o envelhecimento, predominantemente, feminino se confirma.

As instituições de idosos estudadas compunham um universo feminino, visto que metade delas possuía apenas 4 homens para cada 10 mulheres e os serviços que atendiam apenas um dos sexos estavam estruturados para atender apenas as mulheres.

Em 2014, dos 11.513.836 habitantes do município de São Paulo, 1.517.223 tinham mais de 60 anos de idade, chegando a representar 13% da população. Com relação ao sexo dos idosos, sempre chama a atenção a maioria ser de mulheres, destacando-se que elas já eram 65% dos idosos com 75 anos ou mais (CEINFO, 2014).

A tendência geral de que, ao longo do tempo, o número de mulheres idosas seja sempre superior ao número de homens que envelhecem, faz com que as vagas ofertadas para as mulheres nas ILPI sejam superiores às ofertadas para os homens. Esta relação se inverte apenas nas ILPI públicas, que são locais onde parece existir a associação entre velhice e desamparo e velhice e situação de vulnerabilidade social e de rua, por vezes, relacionadas às questões decorrentes do abuso de álcool e de outras drogas, geralmente, relacionadas à população masculina. Estudo realizado no Rio de

Janeiro encontra, nas ILPI públicas, perfil de atendidos semelhante ao observado nas instituições públicas paulistanas, composto de homens em situação de vulnerabilidade social, muitas vezes provenientes da rua, dependentes químicos, com transtorno mental e demências (POLLO e ASSIS, 2008).

No capítulo “Em torno da Velhice no Asilo” do livro “A reinvenção da velhice” da antropóloga DEBERT (1999) a vida no asilo tem significados diferentes para homes e para mulheres. Para estas, que eram 2/3 dos residentes descritos no livro, o asilo era um local definitivo, ao qual já haviam se adaptado; ao passo que para os homens, a permanência no asilo era temporária, consequência de uma situação financeira difícil ou de uma doença que exigia tratamento por um período determinado, sendo comum, entre eles, o projeto de abandonar o asilo para a retomada do trabalho ou para o casamento com funcionárias ou residentes do local.

Questões de gênero no ambiente asilar, já haviam sido observadas, na França, por BEAUVOIR (1970) que, naquela época, colocou em debate o tema da melhor adaptação das mulheres à condição doméstica e, por conseguinte, à situação asilar. LEBRÃO (2005) trouxe à discussão outra proposição, a de que as mulheres têm maior probabilidade de viverem sós por causa da viuvez e pela ausência de recasamentos, que se dão em maior proporção para os homens, o que aumentam a chance delas serem institucionalizadas.

Embora o sexo dos profissionais atuantes nas ILPI não tenha sido coletado e analisado em detalhe neste estudo, foi possível notar que a feminização da força de trabalho dos recursos humanos presentes nas instituições paulistanas completa o universo feminino nesses locais. Mas essa situação foi confirmada nos achados de outras pesquisas, a exemplo da realizada pelo IPARDES – Instituto Paranaense de

Desenvolvimento Econômico e Social, nas ILPI de Curitiba, em 2008, onde 89% dos profissionais atuantes nas instituições eram mulheres.

As cuidadoras e as equipes de enfermagem (estas em maior número na composição dos recursos humanos, fato que será discutido a seguir) são parte de um rol de profissionais que herda o costume de mulheres, que em outras épocas, cuidavam da casa, dos filhos, dos escravos e dos doentes. Em determinado momento, boa parte desse saber cuidar foi concebido como profissão de mulheres e para mulheres, e, sobretudo na saúde, foi a enfermagem a profissão que mais incorporou a prática do cuidar como campo de domínio próprio. Sendo assim, não é à toa que a prática de cuidar está histórica e culturalmente conectada ao feminino, pois, ao longo dos anos, essa atividade esteve atrelada à trajetória desenvolvida pela mulher nas sociedades ocidentais modernas (FIOCRUZ, 2009).

A participação das mulheres no mercado de trabalho em saúde vem sendo estudada há algumas décadas, mostrando sua importância não só para se compreender a expansão da participação feminina no mundo do trabalho, como, e principalmente, para melhor se entenderem as especificidades do setor de saúde, responsável por um contingente expressivo de postos de trabalho ocupados por mulheres. Entre algumas das razões da feminização estão o maior nível de escolaridade associado ao patamar de remuneração ainda inferior e certo tipo de atributo pessoal credenciado pela dimensão de gênero que hoje é fortemente demandado pela “nova economia” (WERMELINGER et al, 2010).

6.2.3 Grau de dependência

Para se falar em ILPI é necessário que se reflita sobre o grau de dependência dos idosos que moram nessas instituições, já que é dessa forma que as ILPI se estruturam, ou seja, em resposta às demandas de seus residentes e suas dificuldades funcionais.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera que “o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doença orgânica” (BRASIL, 2006).

Além disso, a independência funcional é um importante componente da qualidade de vida, tanto sob a perspectiva do idoso quanto da pessoa responsável por seu cuidado (ROSA, 1999).

Nesta perspectiva, MORAES (2009) relaciona o foco da saúde à funcionalidade global do indivíduo definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. Dessa forma a pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças.

A partir dessas considerações pode-se concluir que capacidade funcional pode ser considerada o componente capaz de melhor refletir o estado de saúde do idoso e de melhor sinalizar as reais necessidades de cuidados que requer esta população (ROSA, 1999).

De forma geral, e também nas ILPI, a funcionalidade é avaliada a partir do desempenho referido nas atividades cotidianas: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) que são fundamentais para o autocuidado, a autopreservação e a sobrevivência do indivíduo. Estas atividades referem-se às tarefas do cotidiano

necessárias para o cuidado com o corpo, como: tomar banho, vestir-se, higiene pessoal (uso do banheiro), transferência, continência esfíncteriana e alimentar-se sozinho.

A gravidade do declínio funcional refletida na dificuldade de realização das AVD básicas pode ser avaliada em: independência, semidependência e dependência. Conforme já descrito em detalhes na metodologia, este trabalho utilizou a descrição de dependência utilizada pela RDC N° 283/2005, a mesma utilizada nos relatórios de inspeção da vigilância sanitária (de onde foram retiradas as informações descritas e analisadas).

Na verdade, o conceito de capacidade funcional é bastante amplo, complexo e ainda controverso, sobretudo com relação às dificuldades encontradas na avaliação de algo que é tão multifacetado. Aqui, não podemos deixar de comentar os riscos que sempre se corre quando se tenta transformar algo assim, composto por diversas dimensões, em algo avaliável.

Discutindo um pouco mais sobre os dados encontrados neste trabalho, com relação à dependência dos idosos institucionalizados, chama atenção a tabela 3, apresentada no tópico 5.2 deste trabalho, destinado aos resultados. Esta tabela revela que quase metade dos idosos institucionalizados, em São Paulo, seriam idosos independentes. Este fato contradiz o senso comum que relaciona o fenômeno da institucionalização de idosos com a dependência funcional apresentada por eles e as dificuldades da família em lidar com esses quadros que envolvem cuidados diários. Isso significa que a institucionalização para a outra metade dos idosos encontrados, ou seja, os idosos independentes, ainda carece de esclarecimentos. Dessa forma,

questões relativas ao estigma, a vulnerabilidade, as relações inter-geracionais e a violência contra os idosos devem ser melhor estudadas nessa população.

Outro fato que merece ser lembrado é o de que a enorme maioria desses idosos vive em instituições privadas destinadas a pagantes, ou seja, talvez aqui se possa diminuir o peso da institucionalização devida a questões sociais, bem como repensar se essa prática não pode ser uma resposta econômica às dificuldades pessoais e familiares em lidar com as necessidades de cuidados diários de saúde decorrentes das doenças crônicas que alguns idosos podem virem a apresentar. Sendo assim, essas demandas abrem espaço para um filão comercial que tem na institucionalização da velhice um importante e rentável mercado.

A prática desenvolvida pela vigilância em saúde com as inspeções das ILPI, também, revela que se faz necessário o questionamento da adequação da avaliação da dependência dos idosos que vivem nas instituições, ou seja, se essa avaliação estaria sendo realizada por equipe multiprofissional e se a capacidade funcional estaria sendo encarada como algo dinâmico – que pode mudar, uma vez que o indivíduo pode ganhar ou perder função, de acordo com uma série de fatores. Se as respostas a esses questionamentos forem negativas, podemos supor que a avaliação da dependência dos idosos não tem sido utilizada como uma ferramenta para favorecer o planejamento estrutural e de cuidados prestados pela instituição aos seus moradores.

Portanto, estes fatos devem ser melhor esclarecidos já que alguns estudos revelam que a permanência nas ILPI tende a ser prolongada e que quase todos os idosos permanecem ali até a morte.

Enfim, deve-se olhar muito longe, para além das dificuldades, a fim de que a avaliação funcional seja o principal indicador utilizado na construção das rotinas e dos cuidados desenvolvidos em um local que tem como finalidade precípua ser um lar.

Este trabalho analisou a relação entre o grau de dependência dos idosos com outras variáveis de interesse para o estudo das ILPI, utilizando-o para o norteamento de descrições e discussões de diversos aspectos que são relevantes no universo composto pelas instituições de idosos. Aspectos que foram detalhados nos respectivos tópicos.

6.3 A ESTRUTURA FÍSICA COMO ELEMENTO DE INTERVENÇÃO NA MANUTENÇÃO DA INDEPENDÊNCIA, DA PRIVACIDADE E DA AUTONOMIA DOS IDOSOS

O arcabouço legal, conforme a RDC 283/2005 e a Portaria MPAS/SEAS N° 73 que regulamenta e normatiza as ILPI, dá relevância e detalha a estrutura física dessas instituições. Legalmente, exige-se que elas ofereçam instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e que garantam a acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de locomoção segundo o estabelecido na Lei Federal 10.098/00, que delibera sobre a acessibilidade. Sendo assim, este estudo utilizou alguns itens da estrutura física das ILPI para descrever como estavam as condições gerais, a acessibilidade e a privacidade oferecida pelas instituições.

Uma vez que as ILPI são frequentadas por idosos que possuem dificuldades progressivas de locomoção e/ou fazem uso de equipamentos de auxílio à marcha, tais

quais, andador, bengala e cadeira de rodas, é necessário que elas, além de apresentarem condições adequadas de higiene, organização e conforto, recebam adequações e adaptações em sua estrutura física. O ambiente físico deve ser capaz de ser controlado e capaz de promover a independência funcional e a autonomia dos moradores, bem como, capaz de oferecer o menor risco de quedas.

Em âmbito geral, as quedas em pessoas idosas têm significado proeminente, dado que pode levar a consequências muito desfavoráveis, tais como lesões graves, incapacidade e morte. Elas são muito frequentes nos idosos e estão relacionadas a fatores do próprio envelhecimento (instabilidade postural, polifarmácia e osteoporose), bem como por outros fatores estruturais que potencializam o risco de quedas no domicílio e no ambiente externo (SES/SP, 2010).

Na literatura atual, as quedas já fazem parte dos indicadores de saúde em ILPI e alguns estudos as consideram um dos agravos de maior prevalência no âmbito das instituições para idosos (NUNES et.al, 2015).

Isso se deve ao fato de que as quedas, além de serem problemas frequentes na população idosa, fazem parte dos principais motivos de internações dessas pessoas. É a terceira causa de internação entre os idosos com mais de 80 anos, quando se utiliza o indicador – internação por fratura de fêmur – para se avaliar o impacto das ações de saúde relacionadas à prevenção de quedas (SES/SP, 2010). Causam impacto importante na mortalidade dos idosos, além de outras consequências para a saúde e qualidade de vida deles, como declínio da capacidade funcional e diminuição da mobilidade, além do receio de sofrer novas quedas que pode causar o isolamento social, a perda da autonomia e da independência para a execução das atividades de vida diária.

Em São Paulo (FABRICIO et. al, 2004) avaliaram e identificaram as consequências físicas e psicológicas ocorridas com idosos levados a um serviço de urgência após sofrerem quedas, concluindo que embora nem todos os idosos tenham sofrido fraturas (64%) muitos deles desenvolvem a “síndrome do medo pós-queda” um intenso distúrbio de marcha provocado pelo receio de cair, mesmo na ausência de comprometimento objetivo da capacidade de deambular. Para andar, passam a depender de um acompanhante ou deixam de sair de casa, abandonando atividades que faziam anteriormente, o que pode levar a perda gradual da função e da capacidade de realização das AVD – atividades de vida diária e AVP – atividades de vida prática.

Outro estudo paulista (GARCIA et. al, 2006) que avaliou a evolução de idosos submetidos à cirurgia decorrente de queda, mostrou importante declínio da capacidade dos idosos realizarem as atividades básicas de vida diária. Por exemplo, antes da fratura, 70% dos idosos tomavam banho sozinhos, 82% se vestiam e realizavam sua toalete e deambulavam de forma independente, e após a fratura, somente 45%, 52% e 55%, respectivamente, realizavam tais atividades.

A institucionalização do idoso representa, também, um importante fator de risco para quedas, uma vez que a mudança do ambiente familiar para um ambiente estranho pode predispor a alterações psicológicas, cognitivas e funcionais relacionadas ao isolamento, abandono e inatividade física do indivíduo, acarretando em aumento da dependência para realização das atividades de vida diária (PERRACINI, 2008).

Não obstante a relevância da ocorrência de quedas em idosos, principalmente, institucionalizados, estas estão descritas na RDC N° 283/2005 apenas como eventos

sentinela de notificação compulsória, não fazendo parte do rol de indicadores descritos no item 7 desta Resolução, item que descreve os indicadores capazes de avaliar o desempenho e padrão de funcionamento das instituições. Dessa forma, embora a ocorrência de quedas nas instituições não tenha um indicador diretamente observado e analisado, neste estudo, salientamos a importância da adequação da estrutura física nas ILPI, supondo que ela deve ser segura e estratégica de forma a contribuir para a prevenção de quedas, por um lado, e, por outro, de forma a favorecer a independência e a autonomia do idoso que lá vive.

Com relação aos itens estruturais que são descritos pela normatização e comumente observados nas ILPI, como conforto térmico e visual, circulação interna e o número de leitos nos dormitórios, as instituições analisadas neste estudo estavam adequadas em grande parte. Os itens se apresentaram de forma a possibilitar a evacuação imediata do imóvel em casos de incêndio ou outras urgências, levando-se em conta a possibilidade do acolhimento de idosos acamados e com necessidades especiais; possuindo acessos internos capazes de promover a livre entrada e saída dos idosos em todos os ambientes comuns da casa, apresentando escadas, rampas e degraus em acordo com as normas vigentes.

No entanto nem a metade das instituições possuíam pisos uniformes, um item importantíssimo na manutenção da segurança dos idosos e na prevenção de quedas, praticamente 30% delas não possuíam barras de apoio, outro item imprescindível para a manutenção da independência dos idosos que vivem nesses locais, e somente cerca da metade possuía os chamados itens de segurança (luz de vigília e campainha nos leitos dos idosos – o que possibilita o acesso imediato à equipe da instituição, em caso de alguma emergência enfrentada pelo idoso).

Ainda com relação à estrutura física e a análise dos itens estruturais considerados pela normatização como imprescindíveis para que o idoso possa ter privacidade nesse novo ambiente que o acolhe, este estudo revelou que a maioria das ILPI mantinha condições adequadas nesse sentido, exceto quanto à presença de armário individual para que os idosos possam manter seus pertences pessoais segregados que só foi encontrado em aproximadamente metade das instituições. A esse respeito, tal a relevância deste móvel para as pessoas institucionalizadas, que GOFFMAN (1961) o chamou de “estojo de identidade” (apud DEBERT, 1999), cuja ausência faz com que a pessoa perca suas referências pessoais e familiares, que são muito importantes para a manutenção de sua identidade. Nesse sentido, o que poderia ser um detalhe sem importância para os gestores das instituições, considerado apenas um móvel, deve ser enfatizado como uma particularidade significativa de qualidade de vida para os idosos moradores de uma instituição.

Quando foram analisados os itens relativos às rotinas e organização do espaço da instituição, identificadas como passíveis de proporcionar ou não privacidade aos idosos institucionalizados, eles estavam inadequados em mais da metade das instituições. Ou seja, a situação denunciava locais onde os idosos não tinham autonomia na escolha do horário de atividades como o banho, faziam uso coletivo de roupas e de itens de higiene pessoal - a exemplo de sabonetes e escovas de dentes, bem como do revezamento de óculos, o que expressa situação muito séria de desrespeito sobre a singularidade e a autonomia dos moradores, bem como sobre as questões de higiene e saúde.

O quadro descrito acima nos faz pensar que as ILPI parecem seguir, no caso da privacidade dos idosos, o pior aspecto das instituições totais definidas por GOFFMAN em 1961, ou seja, instituições onde:

“todos os aspectos da vida são realizados num mesmo local e sob a mesma autoridade; cada fase da vida diária do participante é realizada na companhia de um grupo relativamente grande de outras pessoas; as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários; e toda a sequência de atividades é imposta de cima por um sistema de regras formais e um grupo de funcionários; finalmente, as atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição”.

Outro indicador que foi levado em conta para a avaliação das condições referentes à privacidade dos idosos em ILPI foi o número de leitos por dormitório, que, de acordo com a RDC N° 283/2005, deve ser no máximo de 4 leitos. Embora a grande maioria das instituições estivesse de acordo com as normas, é difícil não refletirmos sobre as dificuldades pelas quais deve passar o idoso que tem que se adaptar aos ambientes coletivos de uma instituição e sobre as exigências legais frente a essas dificuldades. Em pesquisa da velhice em asilos, DEBERT (1999) descreve que a maior dificuldade enfrentada pelos moradores deve-se especialmente ao ambiente, ou seja, às pessoas com as quais é preciso conviver. Portanto, obviamente, os quartos individuais são os preferidos pelos idosos e quando eles falam no asilo sentem necessidade de estabelecer uma separação entre as dependências coletivas da entidade, que chamavam de “lar”, no caso a instituição, e o “apartamento”, que era chamado de “minha casa”.

Sendo assim, devem ser feitas discussões mais aprofundadas sobre os aspectos e condições apresentadas pelas ILPI no tocante à privacidade dos idosos. Certamente, a família, que deve acompanhar seus idosos no ambiente institucional deve fazer parte desse debate, uma vez que parece que há um silenciamento das pessoas no tocante ao dia a dia dos idosos que vivem em instituição, fazendo que questões como as relativas à privacidade, independência, autonomia e respeito à trajetória de vida, sejam, simplesmente, ignoradas dentro e fora das ILPI.

A análise das variáveis estruturais em relação ao grau de dependência dos idosos das instituições mostrou que nos locais onde vivem idosos muito dependentes parece haver menos investimentos na adaptação da estrutura física no que se refere aos itens que conferem acessibilidade, privacidade e individualidade às pessoas. Isso ocorre, provavelmente, porque a grande maioria desses moradores é composta por idosos acamados, o que sugere a proximidade do modelo expresso nos serviços de saúde, de lógica hospitalar e não domiciliar, que imprime o assujeitamento de pessoas para leitos.

Numa concepção geral, partindo do pressuposto de que as ILPI deveriam se estruturar de modo a promover as capacidades e a estimular a independência e autonomia dos idosos institucionalizados, quando percebemos que as instituições, num panorama abrangente, não estão estruturadas dessa forma, seria pertinente fazermos um questionamento sobre elas e se, apesar de sua aparente adequação estrutural, elas estariam adequadas para atender as necessidades de qual idoso?

Ademais, queremos acrescentar uma análise, além dessa da configuração do quê a instituição oferece estruturalmente, a do quê a instituição espera dos idosos residentes. Nossa hipótese é a de que as expectativas da instituição em relação aos

idosos atendidos são negativas, ou seja, a ILPI não espera que os residentes voltem a deambular e a ter uma vida independente, autônoma e com um mínimo de qualidade de vida. Parece haver uma tendência a se criar um modelo específico para o atendimento de idosos com um determinado padrão de necessidades, onde no atendimento a essas necessidades não se inclui a possibilidade de cura ou de mudança no quadro sócio histórico, assim como a sociedade e a família parecem não esperar que ele volte.

Enfim, é importante que se diga que, de acordo com as normas, apesar de este estudo evidenciar que parte das instituições possuía condições estruturais adequadas, são necessários outros dados que tragam indicadores acerca das condições estruturais que extrapolem o mínimo indispensável aos idosos, mínimo estabelecido pela legislação existente, e avancem no que diz respeito à descrição e avaliação de espaços necessários para que sejam possíveis atividades individuais e sócio familiares ou outras atividades de cultura e lazer, fatores de suma importância para a qualidade de vida dos idosos que vivem em instituições, bem como aprofundar as questões relativas à privacidade dos que já vivem nessas instituições.

6.4 RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Para o adequado funcionamento das ILPI é necessário que elas mantenham vínculo formal com diversos funcionários destinados a limpeza, serviços de alimentação e de lavanderia, de acordo com o número de idosos da instituição. Bem como profissionais que possam promover e orientar atividades culturais e de lazer,

dentre outras, capazes de proporcionar qualidade de vida aos idosos que moram nesses locais.

Mas neste estudo foram de interesse apenas os profissionais que prestavam cuidados diretos aos idosos, sobretudo os de saúde.

Neste recorte, a enorme maioria das ILPI em São Paulo possuía profissionais de saúde desenvolvendo suas funções nessas instituições. A análise da formação desses profissionais mostrou que eram predominantes os profissionais da saúde mais clássicos (médicos e equipe de enfermagem).

O profissional enfermeiro é o mais encontrado nas ILPI paulistanas. Fato que fez com que o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) já reconhecesse as instituições para idosos como um novo nicho de atuação de profissionais de enfermagem.

Dessa forma, questões relativas à capacitação e ao dimensionamento das equipes de enfermagem são, constantemente, abordadas nas inspeções da vigilância sanitária nessas instituições, uma vez que são fatores que influenciam na qualidade da assistência prestada nesses serviços.

Com relação ao dimensionamento das equipes de enfermagem encontradas nas instituições, o COREN entende que por questões financeiras as instituições seriam incapazes de seguir a Resolução COFEN nº 293/2004* - que é a ferramenta atualmente utilizada no nível hospitalar para mensurar o quantitativo de enfermeiros, auxiliares e técnicos de Enfermagem. Portanto, diante do vazio normativo deixado

* Resolução COFEN 293/2004 – Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados.

pela RDC nº 283 – que será discutido posteriormente, com relação ao dimensionamento dos profissionais de enfermagem nas ILPI, este órgão de classe publicou trabalho que propõe número de horas de enfermagem adequado à assistência em ILPI, mediante a complexidade das práticas desenvolvidas nestes serviços e a quantidade de horas dispensadas aos idosos (PAULA et al., 2014). Inicialmente, esse trabalho buscou mesclar os dispositivos legais existentes a fim de apresentar um novo número de horas utilizadas para o cuidado de enfermagem, utilizando novos indicadores centralizados na RDC 283/2005, mas diante da grande dificuldade o estudo acabou por sugerir a utilização da Portaria MPAS/SEAS 73/2001**, que define e garante as normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil.

Outro grande nó encontrado na atuação de profissionais de enfermagem nas ILPI é que, de acordo com o COREN, os auxiliares e técnicos de enfermagem não podem desenvolver suas funções em um serviço que não possua a supervisão de profissional enfermeiro contratado, que, de acordo com dados encontrados em trabalho do próprio COREN, é um profissional caro para a modalidade ILPI. Aliás, de forma geral, de acordo com o COREN, o quantitativo de enfermeiros necessários é sempre inferior ao número que os gestores das ILPI afirmam poder manter em seu quadro (PAULA et al. , 2014).

Com relação ao médico, que é o segundo profissional mais comum nas ILPI, a grande maioria das instituições apresentavam apenas um profissional atuando na avaliação e no acompanhamento das necessidades de saúde dos idosos, visto que,

** Portaria MPAS/SEAS 73/2001 – Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil.

além de grande parte das instituições serem pequenas, a contratação deste profissional é sempre evento de extenso debate, pois parece se tratar de um profissional muito caro para a modalidade ILPI.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) até então não se posicionou com relação à presença do profissional médico nas instituições geriátricas, mas, de acordo com os relatos das inspeções da vigilância sanitária, pode-se perceber que a periodicidade com a qual o médico comparece às instituições é muito variável, semanal, quinzenal, mensalmente ou de acordo com as necessidades dos idosos do local, que, em sua maioria são acometidos por doenças crônicas que levam a quadros estáveis e fechados de tratamento. Sendo assim, parece ser comum que um mesmo médico seja responsável pelo acompanhamento de saúde de idosos de várias ILPI de uma região.

As equipes de VISA não avaliam a abordagem e as condutas terapêuticas adotadas pelos profissionais que atuam nas instituições, tarefa que fica a cargo dos conselhos de classe de cada profissão, mas elas observam nos prontuários dos idosos a presença de documentação que comprove a atuação dos profissionais de saúde elencados pela instituição, a periodicidade das evoluções e o acompanhamento de saúde dos idosos. Nesse enfoque, ressalta-se que as informações encontradas nos prontuários dos idosos, descritas nos relatórios de inspeção das equipes da vigilância sanitária, geralmente, são restritas aos cuidados e às terapêuticas de assistência à saúde prestada diariamente aos idosos, não havendo descrições de encaminhamento ou evoluções de outras categorias de profissionais de saúde especializados como oftalmologistas, ginecologistas, dentistas, entre outros. Fato que preocupa, sobretudo,

no caso dos idosos acamados ou totalmente dependentes, situação que não deixa claro se os idosos estão recebendo ou não esses cuidados especializados.

Em alguns casos, geralmente nas ILPI onde os idosos são mais independentes e autônomos, as consultas médicas e o acompanhamento da saúde dos idosos acontecem fora da instituição, sendo realizadas por profissionais de convênios de saúde ou da rede pública local, que é o caso das ILPI públicas.

Além do quadro clássico de profissionais da saúde, o nutricionista é o que mais aparece dentre os recursos humanos da saúde nas ILPI paulistanas. Este profissional desempenha papel fundamental na organização dos serviços de nutrição e na avaliação e acompanhamento do estado nutricional dos idosos.

Embora este trabalho não tenha abordado a fundo a atuação do profissional nutricionista nas instituições de idosos, sabe-se que, além das questões relativas à elaboração do cardápio – inclusive para os idosos com necessidades especiais de alimentação, bem como relativas ao seu trabalho de orientação das boas práticas de manipulação de alimentos nos setores de nutrição e dietética, de acordo com a RDC N° 63, de 6/6/2000*, o nutricionista é profissional obrigatório em serviços nos quais os idosos façam uso de terapia de nutrição enteral, evento muito comum nas ILPI que possuem idosos com grau elevado de dependência e grandes necessidades de saúde.

A análise dos relatos das inspeções demonstra grande interesse das equipes da vigilância nas questões relativas à alimentação dos idosos, que é item abordado com relevância pela RDC N° 283/2005, tanto na descrição das boas práticas de manipulação de alimentos, quanto na utilização de taxas de incidência de

*Resolução da Diretoria Colegiada RCD N° 63/2000 – Regulamento técnico que fixa os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral.

desidratação e taxas de prevalência de desnutrição em idosos residentes, como indicadores de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento das instituições.

Ademais, podemos notar um interesse especial das equipes de VISA pela alimentação dos idosos, talvez por influência da RDC nº 283/2005, mas aqui é importante que se diga que é muito comum, ainda que não exista uma razão para isso, que profissionais nutricionistas façam parte das equipes responsáveis pelas inspeções nas ILPI, ao contrário de outros profissionais da saúde, que são mais raros na conformação dessas equipes, como o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o psicólogo, dentre outros.

Com relação à dimensão terapêutica preventiva e os recursos humanos, este estudo revelou que as instituições analisadas investiam pouquíssimo nos profissionais capazes de promover a reabilitação e a manutenção da capacidade funcional dos idosos, pois o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional e o educador físico, figuram inexpressivamente entre os recursos humanos desses locais.

No grupo de profissionais voltados ao atendimento mais especializado em reabilitação, os mais encontrados foram os fisioterapeutas e em menos de 1/3 das ILPI. Ainda assim, esses profissionais possuíam carga horária irregular e, geralmente, não foram citados nos relatórios de inspeção, documentos que descrevessem nos prontuários dos idosos, a terapêutica e a evolução das práticas realizadas por eles, ou seja, esses profissionais não parecem compor equipe multi e interdisciplinar necessária para a adequada atenção à saúde dos idosos. A observação das escalas de funcionários contratados pelas instituições evidencia que é incomum que eles sejam vinculados formalmente à equipe de saúde e sua contratação e pagamento parecem ficar à escolha e a cargo dos familiares dos idosos, o que faz

com que essa assistência seja ofertada apenas para uma clientela com maiores recursos financeiros.

Alguns autores chamam a atenção para o fato de que intervenções genéricas nas incapacidades são menos profícuas do que as ações de prevenção, na qual são enfocadas especificamente as doenças incapacitantes (ROSA et al., 2002). Sendo assim, a falta de investimento em profissionais especializados em intervenções de reabilitação de indivíduos em situação de doenças incapacitantes poderia ser uma das possíveis explicações para o declínio da capacidade funcional em idosos institucionalizados, apontado pela literatura (ARAUJO e CEOLIM, 2005).

Outro aspecto que chamou a atenção é que a análise do perfil dos profissionais que atualmente desenvolvem suas funções nas instituições revelou a quase inexistência do profissional assistente social, evidenciando a mudança de configuração e finalidade das ILPI. Isso demonstra que as instituições deixando de se configurar como campo de trabalho desse profissional, que, dentre todas as suas possíveis funções, seria o grande agente de transformação social frente às demandas dos idosos em vulnerabilidade social. Tal fato nos faz refletir sobre o atual papel desenvolvido pelas ILPI, que parece estarem atendendo idosos menos por situação de carência de renda e/ou de família e mais por outras necessidades, inclusive as de saúde.

6.4.1 Dimensionamento e Capacitação dos Recursos Humanos – O que dizem as normas legais?

Embora os dados levantados neste estudo tenham mostrado que quase todas as ILPI mantivessem profissionais de saúde desenvolvendo suas funções nessas instituições, os relatórios de inspeção de visa não continham informações específicas sobre o dimensionamento e a capacitação dessas equipes frente às necessidades de saúde dos idosos e das práticas realizadas nas instituições, uma vez que essas são questões ainda não abordadas de forma clara pelas normas legais vigentes. Mas outras pesquisas, a exemplo da análise das ILPI de Curitiba, que constataram o tamanho reduzido das equipes e a baixa qualificação profissional com a pouca variedade de serviços oferecidos aos idosos, onde são negligenciados os atendimentos que supririam as necessidades advindas do envelhecimento e as de saúde (IPARDES, 2008).

Como já discutido, o dimensionamento das equipes de saúde parece ser uma novidade para as normas legais, mas a prática diária de inspeções sanitárias nesses locais corrobora com o estudo de Curitiba e vem mostrando que esses aspectos são alguns dos grandes embaraços encontrados pelos técnicos da vigilância durante as inspeções, uma vez que a legislação brasileira não prevê a realidade das atuais ILPI híbridas, a começar pelo do Estatuto do Idoso, onde as instituições ainda estão restritas apenas ao capítulo da “assistência social”, sendo chamadas de casa-lar.

Com relação ao dimensionamento dos profissionais de saúde que atuam nas ILPI, a RDC nº 283/2005 atua como um complicador, uma vez que apresenta apenas quadro de dimensionamento de cuidadores, de acordo com o grau de dependência dos idosos. Não faz menção ao dimensionamento ou qualquer outra exigência sobre os profissionais de saúde, deixando a critério da instituição a

avaliação das necessidades de saúde dos idosos e a vinculação dos respectivos profissionais à sua equipe de trabalho.

Embora essa normativa descreva apenas o dimensionamento do número de cuidadores para as ILPI, este estudo revelou que apenas metade delas possuía este profissional. Na verdade, o cuidador vem sendo substituído pelo profissional de enfermagem, presença quase incontestável nas instituições de São Paulo. E aqui cabe uma observação acerca da troca do profissional cuidador, que talvez fosse capaz de contemplar as necessidades de suporte à dependência enfrentada pelos idosos na realização das ABVD, por outro profissional qualificado especificamente para a área da saúde. Ademais, a leitura dos relatórios de inspeção nas instituições que ainda têm cuidadores indica que não há, por parte dos profissionais de saúde, o reconhecimento dos cuidadores como “atores principais” no cuidado dos idosos. Ressalta-se que os responsáveis técnicos pelos estabelecimentos são, em sua maioria, profissionais de saúde (geralmente um profissional de enfermagem).

Ainda com relação ao dimensionamento das equipes, não deve ser tarefa fácil para o responsável técnico da instituição, em conjunto com o administrador, manter o padrão mínimo de estrutura física e de pessoal exigido pelas necessidades dos idosos, cada vez mais dependentes, pois como lembram CAMARANO & KANSO (2010) as ILPI em sua maioria são serviços pequenos e os gastos com a equipe de saúde devem impactar no orçamento das instituições, uma vez que 52,5% de suas despesas correspondem ao pagamento de seus funcionários.

No entanto, quando este trabalho analisou a presença de recursos humanos em saúde com relação à dependência dos idosos, pôde-se observar que mesmo as instituições que acolhiam somente idosos mais independentes, que poderiam fazer

acompanhamento de saúde fora da instituição, possuíam esses profissionais vinculados ao serviço, sugerindo mudança de um modelo asilar para outro no qual as necessidades de saúde dos idosos são abordadas, de alguma forma, dentro desses serviços.

Dessa forma, faz-se conveniente a discussão da real necessidade de investimento em profissionais especializados na área da saúde em todas as ILPI, mesmo naquelas onde moram apenas idosos independentes e que além de não necessitarem de cuidados especializados e diários de saúde, podem sair das instituições para frequentarem os diversos serviços de saúde da rede de atenção ao idoso. Deve, ainda, fazer parte dessa discussão, todas as dimensões do cuidado frente às reais necessidades dos idosos que moram e vivem nesses locais, bem como, a mercantilização da assistência à saúde nas ILPI.

Vale ressaltar que, também, não havia no material pesquisado neste trabalho referência a documentos que indicassem a prática de atividades de educação permanente na área da gerontologia, bem como qualquer outro indicativo da especialização das equipes, com o objetivo de melhor qualificar os profissionais que lidam no cuidado dos idosos. Mas outros estudos verificaram, na prática, a escassez de recursos humanos especializados para cumprir as diretrizes essenciais apresentadas pelo Estatuto do Idoso, tais como a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional (POLLO e ASSIS, 2008). Portanto, quadro semelhante pode ser encontrado nas ILPI, sendo assim, deve ser objeto de estudo o aprimoramento técnico dos recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos nas ILPI, capaz de promover a combinação das

práticas desenvolvidas nas instituições com o conhecimento especializado sobre o envelhecimento, tema que consta, inclusive, nas exigências da RDC nº 283/2005.

Como podemos perceber, aspectos como a contratação, o dimensionamento, a capacitação e até mesmo a atuação de profissionais de saúde nas ILPI ainda são assuntos controversos. Na verdade, esses serviços desenvolvem um papel híbrido que remete a uma mistura proveniente de duas dimensões – moradia de idosos e serviço de assistência à saúde. No entanto, a normatização não diz respeito ao caráter de assistência à saúde e esses serviços ainda são abordados pela lei apenas por seu caráter social.

Não podemos deixar de citar neste tópico, a Portaria nº 73 do Ministério da Previdência e Assistência Social (2001), que define e aborda as instituições geriátricas, dentre outros serviços de atenção ao idoso no Brasil, mas os problemas encontrados na utilização deste documento oficial como norteador das ILPI híbridas serão discutidos no tópico a seguir.

6.5 ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO NAS ILPI

6.5.1 Estrutura e Práticas De Assistência à Saúde

Para a análise da assistência à saúde nas ILPI, este trabalho elencou e avaliou alguns itens que caracterizam a estrutura e o desenvolvimento de práticas de saúde.

Com relação à estrutura que possibilita e faz parte da assistência à saúde prestada nas instituições geriátricas foram avaliados alguns itens, como a presença de posto de enfermagem com pia exclusiva, por se tratar de área destinada à equipe de

enfermagem e aos médicos, caracterizando espaço onde ocorre a execução de atividades técnicas e administrativas específicas de uma unidade de saúde (ANVISA, 2014). Neste quesito, a maioria das instituições possuía no ambiente institucional local específico e estruturado para a realização de práticas como a manipulação de medicamentos a evolução de prontuários dos idosos.

Outro aspecto importante que compõe a estrutura dos serviços de saúde diz respeito aos recursos humanos, já discutidos, anteriormente. Entretanto, cabe lembrar que este estudo revelou que os conhecidos cuidadores de idosos, em São Paulo, parecem estar sendo substituídos por equipes de enfermagem, composta de auxiliares e técnicos de enfermagem – coordenados por enfermeiros. Revelou, também, que aproximadamente, 3/4 dos estabelecimentos de São Paulo possuíam profissionais da saúde atuando como RT (em tal maioria, enfermeiros e médicos), número que aumenta muito quando analisamos as ILPI que assistem aos idosos mais dependentes, talvez, porque nesses locais as equipes devam ser obrigadas a conduzir e a responder por práticas de saúde mais complexas.

O fato da escolha de um responsável técnico da área da saúde, em São Paulo, pode ser explicado pela peculiaridade deste município, onde as ILPI já são descritas na Portaria nº 2755/2012 SMS.G* – que normatiza o CMVC (Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária) como serviços de saúde e para que elas possam ser cadastradas neste órgão, devem apresentar um profissional de saúde como responsável técnico. Mas vale ressaltar que esta Portaria não normatiza ou contempla qualquer outro aspecto desses serviços.

Diferentemente da Portaria Municipal nº 2755/2012 *, de acordo com a RDC nº 283/2005, o RT das instituições pode ter qualquer formação de nível superior, não especificando a necessidade de que o mesmo seja da área da saúde. Mas a mesma Resolução imputa a este responsável técnico a responsabilidade pelas rotinas e procedimentos referente ao cuidado com o idoso que vive em ILPI, dentre outros encaminhamentos. Como vemos isso pode dificultar a existência, nas instituições, de profissional capaz de reconhecer as necessidades de saúde dos idosos e adequar a equipe de assistência e as práticas de saúde desenvolvidas para que as demandas de saúde dos idosos sejam abordadas adequadamente.

Dessa forma, mesmo nas ILPI que possuíam recursos humanos em saúde e estrutura específica para a realização de procedimentos assistenciais de saúde de baixa e média complexidade, de acordo com os indicadores utilizados por este trabalho, não apresentaram descrição de sistematização dos procedimentos e práticas de saúde desenvolvidas nas instituições, bem como outro mecanismo de alinhamento e treinamento das equipes, caracterizando um tipo de assistência informal.

Portanto, itens como a organização de prontuários (conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados ao registro dos cuidados de saúde prestados aos idosos), livro de registro de intercorrências de saúde e realização de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento da instituição, através da coleta dos indicadores de saúde exigidos pela RDC nº 283/2005, só estão presentes em, aproximadamente, metade das instituições. Essa condição piora muito com relação à presença de sistematização e POP – procedimentos operacionais padrão que

* Portaria nº 2755/2012 SMS.G - Disciplina os procedimentos necessários à inscrição de estabelecimentos e equipamentos de interesse da Saúde no Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde – CMVS, bem como, a alteração e atualização dos dados constantes no referido Cadastro.

confeririam o caráter mais técnico-assistencial da instituição na medida em que padronizam as ações executadas, de forma a assegurar a qualidade desses procedimentos e a diminuição do risco inerente aos mesmos. A vacinação de profissionais e de idosos, com o intuito de prevenir e evitar a disseminação de doenças no ambiente institucional, também foi um dos itens encontrados apenas em, aproximadamente, ¼ das instituições.

Da porta para fora das instituições, com relação aos serviços de saúde que se agregam aos oferecidos pelas ILPI, tem-se a rede pública de saúde (SUS) – muito utilizada pelas instituições filantrópicas e, no caso das instituições do setor público, único recurso de assistência formal à saúde dos idosos.

Mas mesmo as instituições onde seus moradores são atendidos por serviços privados e por planos de saúde recorrem ao sistema público, para obtenção de vacinas, medicamentos e transporte sanitário, já que, contraditoriamente, entre as instituições abordadas neste estudo (privadas, em sua maioria) menos da metade possuía transporte para casos de intercorrências e urgências, bem como para o transporte dos idosos para a realização de procedimentos diagnósticos e outros tratamentos especializados de saúde.

Finalmente, ressalta-se que, ao que parece, as ILPI não utilizam o Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, previsto na RDC nº 283/2005, que deveria ser feito a cada dois anos, em articulação com o gestor local de saúde. Pois este estudo não encontrou descrição do mesmo, nos relatos de inspeção das instituições. Portanto, parece que o planejamento das ações de saúde desenvolvidas nas ILPI, não ocorre nos moldes deste planejamento.

No entanto, é importante que se diga que o referido plano poderia ser um norte no que diz respeito à organização das instituições frente às necessidades de saúde dos idosos. Pois, com base nele, os serviços indicariam em seu planejamento os recursos de saúde necessários e disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção; fariam a programação da atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção. Ainda, as ILPI manteriam informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes e avaliariam anualmente a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização.

6.5.2 Assistência Farmacêutica

Dentre as ações de saúde mais importantes e de variada complexidade técnica realizadas numa ILPI está a assistência farmacêutica. Para a descrição e análise da assistência à saúde nessas instituições, este estudo abordou alguns aspectos referentes à administração de medicamentos aos idosos, tema frequente nas normas vigentes que abordam as instituições geriátricas.

Isso se explica por que questões como a utilização de medicação sem prescrição médica, as interrupções ou inadequações quanto à administração e ao controle de medicações, são fatores altamente preocupantes considerando-se os problemas que podem gerar, a exemplo da piora no controle das doenças crônicas com conseqüente aumento das incapacidades e a polifarmácia, cujo risco de ocorrência é aumentado em idosos institucionalizados, uma vez que eles tomam

grande número de medicamentos associados, apresentam muitas doenças limitantes, fragilidade e baixa funcionalidade (LUCHETTI, 2010).

Pesquisa realizada pelo SABE (2005) para coletar informações sobre as condições de vida dos idosos residentes em áreas urbanas de metrópoles de sete países da América Latina e Caribe – entre elas, o Município de São Paulo, constatou que a grande maioria dos idosos tomava algum medicamento (86,7%), sendo que, destes, 86,0% tinham prescrição médica e 10,1% se automedicavam.

A prática das inspeções de VISA nessas instituições, de certa forma, transcrita neste estudo, também evidenciou que os idosos institucionalizados faziam uso de grande quantidade de medicamentos. O mesmo aconteceu com o achado da presença de profissionais farmacêuticos desenvolvendo suas funções nas instituições de São Paulo, confirmando que, embora, por exigência legal o estoque de medicamentos sem prescrição médica nessas instituições seja vedado, algumas delas possuíam quantidade e diversidade tão grandes de insumos de saúde e de medicações que tiveram que incorporar o farmacêutico e o auxiliar de farmácia em sua equipe para responderem pela manipulação e controle desses medicamentos.

A análise dos indicadores abordados neste trabalho revelou que a maioria dos medicamentos encontrados nos serviços possuía registro e prazo de validade adequados, bem como prescrição médica. O que já era esperado, uma vez que a enorme maioria das instituições possui médico. Entretanto, o armazenamento e o controle da administração dos medicamentos ainda são itens não solucionados pelas instituições, sobretudo com relação aos medicamentos termolábeis, muitas vezes, encontrados armazenados em conjunto com alimentos perecíveis e em refrigeradores que não possuem controle de temperatura.

Outro item importante observado pelas equipes da vigilância sanitária com relação à assistência farmacêutica nas ILPI é a possível descontinuidade do medicamento em uso, uma vez que a disponibilização do medicamento depende das diversas fontes de recursos (familiares, rede de saúde local, doações), de acordo com o contrato de prestação de serviço firmado entre a instituição e os moradores. Essa configuração em relação ao provimento do medicamento dificulta a rastreabilidade do quê, de fato, chega aos idosos e o asseguramento da ininterrupção de medicações de uso contínuo.

A leitura atenta dos relatórios de inspeção mostra que não são raras as situações nas quais se podiam suspeitar que os idosos tivessem deixado de tomar suas medicações, pois, apesar da prescrição do médico responsável, os técnicos de vigilância sanitária não encontraram informações sobre a administração das mesmas aos idosos, nos instrumentos de checagem e controle da administração de medicação, elaborados pela equipe de enfermagem do local em , aproximadamente, 3/4 das instituições estudadas.

6.5.3 Arranjos de Assistência à Saúde

A instalação de uma instituição de idosos é regulada e deve seguir as exigências encontradas no arcabouço referencial descrito nas normas vigentes.

Portanto, para a análise da estrutura e do arranjo de assistência à saúde adotado pelas instituições paulistanas, foi necessário que se fizesse um resgate das normas que remetem a tipologias e formatos de instituições reconhecidas pelas resoluções referentes.

Para tanto, no processo de regulamentação da Política Nacional do Idoso, no nível federal, é a Portaria SS nº 73/2001 do Ministério da Previdência Social que tipifica, descreve e define, dentre outros serviços de atenção ao idoso no Brasil, os modelos de instituições que chama de totais e de atendimento integral constitucional. Estas instituições, de acordo com POLLO e ASSIS (2008), são muito associadas ao modelo asilar brasileiro.

DEBERT (1999) já realizava a associação quase direta entre “asilo de idoso e o modelo de instituição total”. A descrição e a análise das instituições paulistanas também indica que elas sejam instituições totais, ou seja, locais onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 1961).

Dando continuidade na tentativa de tipificar a estrutura das instituições para melhor entender os arranjos de saúde adotados por elas, temos como modelo, os 3 tipos apresentados pela Portaria SS nº 73/2001, que, de acordo com o grau de dependência da população atendida, orienta estrutura física e dimensiona os recursos humanos, inclusive os da saúde, são eles:

I: instituição destinada a idosos independentes para Atividades da Vida Diária (AVD), mesmo que requeiram o uso de algum equipamento de autoajuda.

II: instituição destinada a idosos dependentes e independentes que necessitam de auxílio e de cuidados especializados e que exijam controle e acompanhamento adequado de profissionais de saúde. Nesta unidade não são aceitos idosos portadores de dependência física acentuada e de doença mental incapacitante.

III: instituição destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total, no mínimo, em uma Atividade da Vida Diária (AVD). Necessitando, para tanto, de equipe interdisciplinar de saúde.

Em nível estadual, temos a Resolução SS N° 123* que define e classifica as instituições asilares “em regime de internato” em dois tipos: asilos “estabelecimentos de interesse à saúde que se destinam, centralmente, a prestação de serviços de assistência social”, e casas de repouso: “estabelecimentos de assistência à saúde que se destinam, centralmente, à prestação de serviços de assistência médica”.

Em nível municipal, a cidade de São Paulo não possui normatização específica para o funcionamento das ILPI. Mas, aqui, cabe dizer que o município utilizava a dicotomia apresentada pelo estado para o cadastramento e exigências das instituições que se apresentavam à vigilância como asilos ou casas de repouso, mas o caráter híbrido observado nos serviços, durante as inspeções, trouxe dificuldades a essa separação de funções e na utilização dessa divisão, que, ao não ser observada na prática, foi finalmente deixada de lado quando a RDC n° 283/2005 adotou um termo único para designar todas as instituições geriátricas - ILPI.

Após esse breve resgate, quando tentamos tipificar as instituições analisadas neste trabalho, de acordo com a Resolução SS n° 123, pudemos entender que grande parte delas era uma mistura das duas tipificações apresentadas, ou seja, asilo e casa de repouso. Ressalta-se que a “prestação de serviços de assistência médica” – citada nesta RDC, foi abordada neste trabalho como algo maior e expandido – chamado de assistência à saúde.

* SS N° 123/2001 - Define e Classifica as Instituições Geriátricas no âmbito do Estado de São Paulo e dá providências correlatas

A SS nº 73/2001, também, parece não descrever esses serviços, já que em São Paulo havia: 56 (17,4%) instituições na modalidade I, 21(6,6) instituições na modalidade III e 244 (76%) – a grande maioria – de instituições que não se enquadrariam em nenhuma das modalidades descritas nesta Resolução, sendo uma junção de todas as modalidades descritas, visto que assistem idosos com todos e qualquer grau de dependência ou necessidade de saúde.

Por fim, atualmente, a norma mais utilizada para a avaliação do funcionamento das ILPI é a RDC nº 283/2005, mas esta resolução trouxe pouco subsídio para a construção e discussão do modelo mais comum de instituição geriátrica encontrado no município de São Paulo, uma vez que, a exemplo das outras normatizações, não contempla o caráter híbrido das instituições geriátricas denominadas ILPI. Na verdade, a implementação dessa resolução tornou-se um desafio para os órgãos fiscalizadores e para as instituições, obrigados a se adequar a esta legislação e, ao mesmo tempo, a superar o paradigma de atendimento enquanto caridade e assistencialismo, em direção ao atendimento como prestação de outros serviços, com qualidade e garantia dos direitos da pessoa idosa (POLLO e ASSIS, 2008).

Dessa forma, não houve possibilidade das normas existentes serem utilizadas, de forma direta, como apoio e comparativo na definição da estrutura e do dimensionamento do corpo técnico necessário para a assistência à saúde dos idosos prestada nesses locais, visto que elas apresentam modelos anacrônicos e fechados para designar as instituições, modelos que não encontram mais respaldo no universo composto pelas ILPI atuais de São Paulo.

Sendo assim, é certo que a grande maioria das ILPI do município não seguem o modelo apresentado pela normatização vigente e vem se configurando de forma a abrir suas portas e a prestar serviços, inclusive os de assistência à saúde, para qualquer idoso com qualquer nível de dependência e necessidade. Portanto, cada instituição parece testar seu próprio modelo e arranjo de assistência, que corre o risco de ser guiado mais por ajustes financeiros do que por um modelo criado em resposta às necessidades dos idosos.

Esse novo modelo de assistência apresentado pelas instituições, que prestam cuidados a idosos com todos os graus de dependência, ainda é pouco discutido pela literatura, mas a prática já nos traz alguns elementos que podem compor a descrição e a análise de como esses serviços vêm se organizando em resposta as necessidades dos idosos.

O principal modelo encontrado em São Paulo, por vezes, parece um facilitador, uma vez que permite a convivência de indivíduos de todas as idades e graus de dependência, possibilitando, também, que o idoso permaneça na instituição à medida que ele ganha dependência e sofre perda de função, não tendo que ser mudado de um local no qual vive há anos e ao qual já se vinculou, o que seria um benefício.

No entanto, como problematizador desse modelo, ainda não previsto em documentos oficiais, podemos citar o risco das instituições que tem o foco na assistência à saúde priorizarem os idosos muito dependentes, o que foi já pôde ser evidenciado neste trabalho, já que as instituições que possuíam idosos muito dependentes pareciam ter uma menor preocupação com as adequações na estrutura dos serviços passíveis de propiciar e preservar a independência, a autonomia e a

privacidade dos idosos. Isso nos leva a refletir se é dentro de um local com características de serviços de saúde que um idoso que tem a sua dependência e autonomia resguardadas e não necessita de cuidados diários de saúde, deve viver e envelhecer.

Portanto, se está claro que as ILPI aceitam idosos com qualquer necessidade, ainda, não ficou claro se elas têm condições de proporcionarem benefícios a todos eles. Ademais, não é raro que as equipes da vigilância se deparem com situações muito desfavoráveis para os que vivem nessas instituições, a exemplo de idosos independentes vivendo em instituições com características hospitalares e outros dependentes e doentes tendo suas necessidades de saúde atendidas de modo inadequado em locais que os deixam em desassistência ou que abordam suas necessidades de saúde informalmente.

Outro aspecto que deve participar desse debate é o de que as ILPI atuais vêm se encarregando dos cuidados de idosos que saem dos hospitais, convalescentes e necessitando de cuidados paliativos. Idosos em situação de alta hospitalar recente, frequentemente, são muito dependentes e com necessidades de cuidados diários de saúde, portanto seriam clientela de ILPI de modalidade III. Entretanto, essa modalidade de ILPI é encontrada somente entre as instituições privadas, como foi constatado no presente estudo. O fato sugere que o setor privado inaugura o modelo de ILPI, onde os cuidados de saúde com maior complexidade técnica são o foco da assistência.

Essa nova realidade traz a necessidade de alguns ajustes de ordem técnica nas práticas de saúde desenvolvidas nas ILPI, a exemplo dos critérios de inclusão ou restrição de moradores e das limitações do nível de complexidade das práticas de

saúde desenvolvidas nessas instituições, frente às condições estruturais e à equipe mínima de profissionais de saúde que deve ser envolvida. Ou seja, há que se cuidar para que idosos muito frágeis e que apresentem necessidade de assistência à saúde de alta complexidade técnica não sejam encaminhados para essas instituições, apenas, por conveniência financeira dos convênios de saúde. Outro ponto a ser considerado é a mercantilização irresponsável de um segmento que tira proveito de um período de transição e ajuste sobre a finalidade das ILPI, onde ainda estão estruturadas como casas de idosos e, portanto, não oferecem equipamentos, procedimentos e ou drogas de manutenção de vida capazes de responder a demandas de saúde desses idosos.

Enfim, as atuais ILPI híbridas são cenários complexos que devem ser pensados de forma a resguardarem que as rotinas institucionais, a que estão expostos os idosos, não sejam muito rígidas a fim de proporcionar a independência, a autonomia, a identidade e a privacidade de seus moradores, e que, também, proporcionem ambiente favorável e formal à realização de práticas de saúde seguras, de acordo com as necessidades apresentadas pelos idosos. De preferência, menos espelhadas no modelo biomédico apoiado nos meios técnico-assistenciais que enfatizam lesões e doenças e mais na atenção e no cuidado integral à saúde e a qualidade de vida.

6.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Todo estudo carrega limitações, desde o olhar de quem o conduz, resultado de uma construção pessoal, social e cultural, até os limites dados pelo próprio objeto de pesquisa.

Com relação às limitações deste estudo, começamos pelo número de ILPI cadastradas, se é verdadeiro o fato de que toda instituição de idosos deve se cadastrar na vigilância sanitária antes de iniciar suas atividades, não é verdade que todas o fazem. Muitas ILP são conhecidas pelas equipes de vigilância sanitária por meio da busca ativa no território e por denúncias de munícipes ou de outros órgãos, a exemplo do Ministério Público e Grande Conselho do Idoso ou por denúncias de serviços da rede pública, ao atenderem idosos que vivem nessas instituições e que tenham sofrido maus tratos. Dessa forma, supõe-se que o número de instituições seja maior do que o conhecido pela VISA. No entanto, acreditamos que as informações colhidas pelo órgão municipal fiscalizador seja bastante confiável no tocante à abrangência e representatividade do universo das ILPI do município de São Paulo.

Este trabalho utilizou alguns indicadores estruturais e de processos que puderam auxiliar na descrição da assistência à saúde prestada nas ILPI atuais, ainda pouco descrita em outros trabalhos e não contemplada pela legislação atual. Dessa forma, o material utilizado para essa descrição e análise possui limitações, uma vez que embora seja proveniente de relatos de inspeções sanitárias nesses locais, que são baseados na observação do dia a dia dessas instituições, esses relatos são provenientes de roteiros elaborados tendo como base a legislação vigente, que como discutido ao longo do estudo, está desatualizada frente ao papel das ILPI híbridas.

No que diz respeito à conformação das equipes de vigilância sanitária no município, há também um viés com relação à sua composição, uma vez que elas são formadas, aleatoriamente, principalmente, por profissionais enfermeiros e nutricionistas, sendo muito raros o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o psicólogo, o fonoaudiólogo, entre outros profissionais. Sendo assim, nos relatórios

de inspeção, as questões relativas à capacidade funcional dos idosos e o ambiente com relação a elas, parecem não ter a ênfase que deveriam ter. Outras questões, que, embora não menos importantes, ficam “hipertrofiadas” em alguns relatos que predominam no corpo do relatório, a exemplo da alimentação dos idosos. Em outras palavras, muitas vezes, os relatórios ganham mais relevância em alguns aspectos relacionados com a graduação do agente fiscalizador do que em dimensões que de fato deveriam ser salientadas. A análise minuciosa de todos os relatórios, somada à larga experiência do pesquisador com o objeto de estudo pretenderam atenuar tais vieses e explorar algumas das principais questões relativas ao diálogo estabelecido entre as normas e as práticas de cuidado realizadas nas ILPI.

Algumas questões importantes não foram encontradas nos relatos do material utilizado neste trabalho, a exemplo de referências da presença ou da ausência de documentos que indicassem a prática de atividades de educação permanente na área da gerontologia bem como qualquer outro indicativo da especialização das equipes, com o objetivo de melhor qualificar os profissionais que lidam no cuidado dos idosos. Tal fato não permitiu que o estudo pudesse analisar a qualificação dos profissionais atuantes nas instituições e, nem ao menos, evidenciar a falta de especialização das equipes que prestam assistência aos moradores das ILPI.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A expectativa da sociedade sobre as ILPI, as informações sobre o segmento, a demanda e a gestão dos serviços mudaram. A análise das ILPI de São Paulo revelou que a maior parte dessas instituições era privada e, supostamente, almejada pelos

serviços que passaram a ofertar: prestação de assistência à saúde. Tais fatos configuram cenário favorável ao caráter híbrido das ILPI que, hoje, parecem ser moradia de idosos com necessidades específicas de cuidados de saúde.

Dessa forma, as ILPI, que antes carregavam o sentido do assistencialismo, atualmente, expressam significados diferentes que remetem a serviços de saúde, uma vez que nesses locais existem idosos extremamente dependentes e que necessitam de cuidados diários e contínuos de saúde, que são desenvolvidos por equipes compostas por número expressivo de profissionais de saúde atuantes nessas instituições.

Tal fato sugere a mudança de um modelo asilar de caráter apenas assistencial para outro no qual as necessidades de saúde dos idosos estão sendo abordadas, de alguma forma, dentro desses serviços, em sua grande maioria serviços privados destinados a idosos que podem pagar.

Mas a análise das instituições à luz da regulamentação destinada a elas, empreendida neste trabalho, revela um distanciamento entre o atendimento preconizado pela legislação e a finalidade das instituições encontradas em São Paulo e embora a normatização das instituições represente um avanço na proteção do idoso que se encontra institucionalizado, ainda existem lacunas importantes no que se refere à criação de normativas que deem suporte e auxiliem na criação de instituições para idosos híbridas capazes de fazerem parte e beneficiarem a rede de atenção integral ao idoso.

Ademais, o cenário atual das ILPI paulistanas, que ressalta o caráter híbrido dessas instituições, deixa claro o quanto é difícil dedicar assistência à saúde com competência técnica em estabelecimentos idealizados como moradia. Sendo assim, é

necessário que o caráter híbrido das ILPI seja assumido e posto em debate, pois só assim pode ser enfrentado, discutido e melhor regulamentado, evitando a desassistência de idosos institucionalizados que necessitem de cuidados diários de saúde e criando mecanismos que impeçam que idosos com baixos níveis de dependência e elevado grau de autonomia vivam em ambientes com características estruturais e concepções hospitalares estéreis e saneadas. Ou seja, devemos desenvolver estratégias capazes de possibilitar que pessoas vivam e sejam cuidadas dentro das ILPI, com qualidade de vida.

Para tanto, devemos repensar as rotinas nas instituições, rotinas essas que devem incorporar os desejos e as necessidades pessoais dos seus moradores, visto que o envelhecimento é um processo contínuo e longo e que, no caso dos idosos que vivem em instituições, boa parte dele é vivenciada dentro delas, que procuram disciplinar os indivíduos através de rotina rígida que parece querer adestrar os indivíduos em espaços e funções pré-determinadas desde a hora que acordam até a hora que eles dormem.

Portanto espera-se que este trabalho venha a ser um dos muitos textos capazes de instrumentalizar e qualificar o debate sobre as instituições de idosos no município de São Paulo, onde o envelhecimento é adiantado, bem como servir de subsídio para que seja criada norma específica que regule e normatize as ILPI, não só do ponto de vista da estrutura, mas também de forma a elucidar o papel contemporâneo dessas instituições, tendo como perspectiva a dependência como parte do processo de um ciclo de vida que culmina com a velhice, fato que não pode ser perdido de vista quando se discute quem vive nessas instituições e o objetivo delas.

Finalmente, além de este trabalho ter explorado as formas de diálogo entre o estabelecido nas normas oficiais e as práticas profissionais nas ILPI, de certa forma, também explorou a atuação das equipes de VISA nas instituições geriátricas, portanto, espera-se que ele possa servir para que as ações de VISA nesses serviços possam ser repensadas, instrumentalizando mudanças que vão, desde a composição das equipes – perfil, até o olhar desenvolvido, ao longo do tempo, pela prática das inspeções, uma vez que, a discussão feita em cima desse material pode redirecionar esse olhar, por exemplo, para uma maior exigência sobre a caracterização da capacidade funcional dos idosos e de outras abordagens que qualifiquem a satisfação dos usuários com relação aos serviços.

8. REFERÊNCIAS

Araújo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(3): 378-85.

Araújo CLO, Sousa LA, Faro ACM. Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *História da Enfermagem Revista Eletrônica*, Brasília. 2010.(2): p. 250-262.

Ayres JRJM, França Jr. I, Calazans GL, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2003.

Beauvoir S. *A Velhice: uma verdade inconveniente*. São Paulo: Difusão Européia do Livro; 1970.

Berzins MAVS, Paschoal SMP. Programa “acompanhante de idosos”. *BIS. Bol Inst Saude*. 2009 [acesso em 5 jun 2016];(47):53-5. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_n47.pdf

Born T, Boechat NS. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gonzoni ML et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1131-1141.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrumentos de Avaliação Para Instituições de Longa Permanência Para Idosos – ILPI. Brasília (DF); 2014. [acesso em 5 jun 2014). Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/2046628047458ec797d4d73fbc4c6735/avaliacao_ILPI.xls?MOD=AJPERES

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528/GM , de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial União, 1999.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento de instituições de longa permanência para idosos. Brasília (DF); 2005.

Brasil. Resolução COFEN – Conselho Federal de Enfermagem nº 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Brasília (DF); 2004.

Brasil. Lei 10741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, (DF): Senado; 2003.

Ministério da Saúde. Portaria MPAS/SEAS nº 73. Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Brasília (DF); 2001.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 63, de 6/6/2000 - Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. Brasília(DF); 2000.

Brasil. Lei 8842, 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 União. 5 jan. 1996; Seção 1:77-9.

Ministério da Saúde. Portaria nº810/GM/MS de 22/09/1989 – Aprova as normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional. Diário Oficial da União, 1999.

Ministério da Saúde. Portaria MPAS/SEAS nº 73, de 10 de maio de 2001. Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Diário Oficial União, 2001.

Brito FC, Ramos LR. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: Freitas EV de, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gonzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):773-781.

Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência no Brasil. R bras Est. Pop., Rio de Janeiro. 2010;27(1):233-235.

Camarano AA. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CEINFO - Coordenação de Epidemiologia e Informação. Boletim Técnico. São Paulo, 2014. [acesso em 5 jun 2016]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2014.pdf

Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública. 1997;31(2):184-200.

Cupertino APFB, Rosa FH, Ribeiro CC. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos, Psicologia: Reflexão e Crítica. 2007;20(1):81-86.

Debert GG. A reinvenção da velhice. São Paulo:EDUSP/FAPESP; 1999.

Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc EnfermUSP. 2007; 41(2): 317-25.

Erbolato R. Relações sociais na velhice. In: In: Freitas EV de, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gonzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia: Guanabara-Koogan, 2002. P.957-964.

EPI Info for DOS. Versão 6.04 (Software na internet). Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention – Division of Public Health Surveillance and Informatics; 2004.

Fabício SCC, Rodrigues RAP, Costa Jr. MLC. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev Saúde Pública, São Paulo. 2004;38(1):93-99.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro (RJ), 2009.[acesso em 5 jun 2016]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/>

Floriani CA, Schramm FR. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2010;17(supl.1):165-180.

Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

Fundação SEADE. *Perspectivas demográficas dos distritos do Município de São Paulo: o rápido e diferenciado processo de envelhecimento*. Municípios do Estado de São Paulo e capital. São Paulo, 2014. (acesso em nov de 2014). Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spdemog/jan2014/spdemog_jan2014.pdf

Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo:Perspectiva; 2003.

Gordilho A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espíndola N, *et al*. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ, 2000.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativas da População residente no Município de São Paulo*. Rio de Janeiro, 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativas da População residente no Município de São Paulo*. Rio de Janeiro, 2014.

IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. *Instituições de longa permanência para idosos: caracterização e condições de atendimento*. Curitiba-PR, 2008.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Infraestrutura social e urbana no Brasil: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas*. Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Brasília (DF); 2011.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos: região Sudeste*. Brasília (DF); 2010.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. Brasília (DF); 2002.

Kalache A. Fórum. *Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos*. Pós-fácio. *Cad Saúde Pública* 2007;2(10):2503-2505.

Kanashiro MM. *Envelhecimento ativo: uma contribuição para o desenvolvimento de instituições de longa permanência amigas da pessoa idosa [dissertação de mestrado]*.

São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2012 [acesso em novembro de 2014]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-25042012-172435/>.

Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):861-866.

Lebrão LL, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(2): 127-4.

Rosa TEC, Barroso AES, Louvison MCP. Velhices: experiências e desafios nas políticas do envelhecimento ativo. São Paulo: Instituto de Saúde;; 2013. (Temas em saúde coletiva,14)

Lucchetti G, Granero AL, Pires SL, Gorzoni ML. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. *Rev Bras. Geriatr Gerontol*. 2010;13(1):51-58.

Melo IAF. Perfil das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Estado de Alagoas no Período de 2007 a 2008. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília (DF):Organização Pan-Americana da Saúde. Conselho Nacional de Secretários da Saúde; 2011.

Messora LB. Perfil dos idosos em instituições asilares de três municípios do Sul de Minas Gerais[Trabalho de Conclusão apresentado ao Departamento de Farmácia da Universidade Federal de Alfenas, como parte das exigências do curso de Pós-Graduação “Lato Sensu”em Atenção Farmacêutica]. Alfenas: Universidade Federal de Alfenas; 2006.

Moraes EN. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte, Coopemed; 2009.

Nações Unidas. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. In: Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. 1982. 26 jul-6 ago, Viena, Áustria.

Nunes, VMA, Dantas, PBF, Ferreira, KCMA ; Lima Neto, AV. Características dos indicadores de saúde em instituições de longa permanência para idosos. 4º Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Anais Vol. 2, N.1. Natal / RN, 2015.

Paula RCC, Oliveira LS, Barbosa BFS, Paula VAV, Santana RF, Albuquerque DC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de longa permanência para idosos: proposta de número de horas. *Rev Enf. Profissional* 2014;1(2): 398:412.

Perracini MR. Prevenção e manejo de quedas. In: Ramos LR coordenação. Guia de geriatria e gerontologia. Barueri: Manole. São Paulo, 2005.

Pollo SHL, Assis M. Instituições de longa permanência para idosos – ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. Rev Bras Geriatr Gerontol 2008;11(1):1-18

Rosa TEC. Determinantes da capacidade funcional dos idosos residentes no distrito de São Paulo. São Paulo. Dissertação: Mestrado em Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 1999.

Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde Pública, 37(1): 40-48. São Paulo, 2002.

Saad PM. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: Lebrão ML, e Duarte YAO. O projeto SABE- Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

São Paulo (Cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Lei Municipal 13725, 9 janeiro de 2004. Institui o Código Sanitário do Município de São Paulo. (lei na internet). (acesso em 5 jun 2016] Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/LeiMunicipal_2004_13725_1255012330.pdf

COVISA- Coordenação de Vigilância em Saúde. Roteiro de inspeção: clínicas e residências geriátricas e instituições de longa permanência para idosos ILPI. [acesso em 5 jun 2016] Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/roteiro_de_casas_idosos_ilpi_final%2028_09_07intern_1255101000.pdf

Louvison MCP, Rosa TEC. Vigilância e prevenção de quedas em idosos.- São Paulo: SES; 2010 .

São Paulo (Estado). Portaria CVS 15, de 26 de dezembro de 2002. Define diretrizes, critérios e procedimentos para a avaliação físico- funcional de projetos de edificações dos estabelecimentos de interesse à saúde para emissão de LTA – Laudo Técnico de Avaliação. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo, 2002.

SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Relatório técnico. São Paulo, 2003.

SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Relatório técnico. São Paulo, 2015.

SPSS – Statistical Package for Social Scienci for Windows. Software para a análise estatística de dados. Chicago-EUA; 2007.

Tomasini SLV, Alves S. Envelhecimento bem sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. Rev bras ciências envelhecimento humano, Passo Fundo-RS. 2007;4(1): 88-102.

Watanabe HAW, Kanashiro MM. Metodologia para o estabelecimento de critérios para a definição de uma ILPI amiga do idoso. In: Rosa TEC; Barroso AES; Louvison MCP. (Org.). Velhices: experiências e desafios nas políticas do envelhecimento ativo. 1 ed. São Paulo: Instituto de saúde, 2013, v. , p. 203-209.

Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Oliveira ES, Moyses NM, Ferraz AZW. A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro. 2010(45):54-70.

9. ANEXOS

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME:

REGIÃO	NATUREZA JURÍDICA	CAPACIDADE DA INSTITUIÇÃO		
		M	F	TOTAL
1- CENTRO ()	1- PÚBLICA MUNICIPAL ()			
2- OESTE ()	2- PÚBLICA ESTADUAL ()			
3- LESTE ()	3- PÚBLICA FEDERAL ()			
4- NORTE ()	4- PRIVADA ()			
5- SUDESTE ()	5- FILANTRÓPICA ()			
6- SUL ()	6- MISTA ()			
SUVIS RESPONSÁVEL		CAPACIDADE TOTAL		
CRS OESTE		Nº DE LEITOS OCUPADOS		
BUTANTÁ ()				
LAPA/PINHEIROS ()				
CRS CENTRO ()				
SÉ/SANTA CECÍLIA ()				
CRS SUDESTE				
MOOCA/ARICANDUVA ()				
IPIRANGA/SACOMÃ ()				
PENHA DE FRANÇA ()				
VILA MARIANA/JABAQUARA ()				
VILA PRUDENTE/SAPOEMBA ()				
CRS LESTE				
CIDADE TIRADENTES ()				
ERMELINO MATARAZZO ()				
GUAIANASES ()				
ITAIM PAULISTA/CURUÇA ()				
ITAQUERA/CIDADE LÍDER ()				
SÃO MATEUS/SÃO MIGUEL PTA ()				
CRS SUL				
CAMPO LIMPO/CAPÃO REDONDO ()				
CAPELA DO SOCORRO ()				
CIDADE ADEMAR/SANTO AMARO ()				
MBOI MIRIM/JD ÂNGELA ()				
PARELHEIROS ()				

2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

2- CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

2.1 - IDOSOS ALBERGADOS

Nº DE IDOSOS/ SEXO	GRAU DE DEPENDÊNCIA			FAIXA ETÁRIA		80
	GRAU I	GRAU II	GRAU III	-60	60 - 79	

FEMININO

MASCULIN
O

TOTAL

2.2 PATOLOGIAS E COMORBIDADES DESCRITAS

OUTRAS DOENÇAS CRÔNICAS

DIABETES

HIPERTENSÃO

FERIDAS CRÔNICAS

DEPENDENTES DE OXIGENIOTERAPIA

VENTILAÇÃO MECÂNICA

SONDA VESICAL OU COLETOR DE URINA

USO DE DIETA ENTERAL

DIÁLISE

INCONTINÊNCIA URINÁRIA E

FECAL

DEMÊNCIAS

QUEDAS

FAZ USO DE SERVIÇOS DE HOME CARE

OUTRAS

3. CONDIÇÕES GERAIS

3.2 POSSUI CONDIÇÕES ADEQUADAS DE HABITABILIDADE

	Sim ()	Não ()
Conforto térmico e visual (janelas/iluminação/ventilação)	Sim ()	Não ()
Umidade/infiltração (outras inadequações na estrutura)	Sim ()	Não ()
Fiação exposta	Sim ()	Não ()

3.3 Possui adequações p/idosos (segurança, acessibilidade e independência)

Rampas e acessos adequados	Sim ()	Não ()
Circulação interna possui largura mínima	Sim ()	Não ()
Possui itens de segurança	Sim ()	Não ()
Barras de apoio nos corredores e sanitários	Sim ()	Não ()
Pisos uniformes e mecanismo antiderrapante	Sim ()	Não ()

3.4 Privacidade do idoso

Dormitórios separados por sexo, máximo 4 pessoas	Sim ()	Não ()
Espacamento adequado entre as camas	Sim ()	Não ()
Banheiros separados por sexo	Sim ()	Não () Não se aplica ()
Mobiliário que permita a individualização dos pertences	Sim ()	Não ()
Roupas e itens de cuidados diários individualizados	Sim ()	Não ()
Presença de câmeras nos dormitórios e banheiros	Sim ()	Não ()

4. ASSISTÊNCIA À SAÚDE

POPs escritos e implantados
 Serviço de remoção
 Livro de intercorrências
 Cardápio elaborado por nutricionista
 Carteira de vacinação atualizada idosos
 Carteira de vacinação atualizada profissionais
 Indicadores de saúde

4.1 Medicamentos

Registro e prazo de validade adequados
 Prescrição médica
 Armazenamento adequado
 Checagem de administração

Sim	Não

4.2 Recursos Humanos

	Número de profissionais
Cuidadores	()
Médico	()
Enfermeiro	()
Auxiliar/técnicos enfermagem	()
Nutricionista	()
Fisioterapeuta	()
Psicólogo	()
TO	()
Educador físico	()
Outros	() Qual?