



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA**



MÔNICA PONDÉ FRAGA LIMA DE OLIVEIRA

**VIGILÂNCIA SANITÁRIA NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA
PARA IDOSOS - ILPIS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

SALVADOR - Brasil

2018

MÔNICA PONDÉ FRAGA LIMA DE OLIVEIRA

**VIGILÂNCIA SANITÁRIA NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA
PARA IDOSOS - ILPIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Vigilância Sanitária.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ana Cristina Souto

SALVADOR - BRASIL

2018

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

O48v Oliveira, Mônica Pondé Fraga Lima de.

Vigilância Sanitária nas Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIS / Mônica Pondé Fraga Lima de Oliveira. -- Salvador: M.P.F.L.Oliveira, 2018.

78 f.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Souto.

Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

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

CDU 614.3-053.9



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva**

Mônica Pondé Fraga Lima de Oliveira

**Vigilância Sanitária nas Instituições de Longa Permanência para
Idosos - ILPI's.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 27 de abril de 2018

Banca Examinadora:

Ana Cristina Souto

Profa. Ana Cristina Souto – ISC/UFBA

Alcione Brasileiro Oliveira Cunha

Profa. Alcione Brasileiro Oliveira Cunha - ISC/UFBA

Geraldo Lucchese

.Geraldo Lucchese – Pesquisador Voluntário do Deptº de Saúde Coletiva/UNB

Salvador
2018

A Deus pela escolha primorosa do casal que
me gerou com tanto amor e que me
proporcionou viver em um lar sólido e feliz.
À minha querida mãe, agora idosa que muito
admiro pela força e coragem.

Ao meu pai Aristides (*in memoriam*), meu
grande mestre por quem sinto profunda
admiração e saudade.

Ao meu esposo por compreender meu esforço
e minhas ausências.

Aos meus filhos Felipe e Luiza, paixões de
minha vida.

Aos meus irmãos pelo carinho e por
acreditarem em mim incondicionalmente.

A minha avó materna Maria Carolina, com
quem convivi por muitos anos no mesmo lar e
aprendi como é gratificante a convivência com
os idosos.

AGRADECIMENTOS

É grande meu reconhecimento a todos que de alguma forma me ajudaram na concretização de mais uma etapa de minha vida, sobretudo aos que me auxiliaram no desenvolvimento deste trabalho.

Especialmente agradeço à minha orientadora, Professora Ana Cristina Souto pela dedicação em me orientar, em ter sempre um espaço especial em sua vida diária para me atender com presteza, por me incentivar na pesquisa científica, por acreditar em mim como profissional capaz de contribuir na produção científica na área de Vigilância Sanitária. Pela dedicação, rigor e muita sabedoria na arte de orientar.

À Professora Gisélia Souza pelas palavras de incentivo e por acreditar em mim em momento em que pensei não ser possível seguir adiante.

Aos meus colegas que compartilharam comigo excelentes momentos de convivência e descontração durante o curso, dividindo a angústia de estarmos distantes de nossas famílias aos sábados.

À minha prima Lílian Pondé pela imensa colaboração na revisão final deste trabalho.

Ao ISC, pelo apoio, pela infraestrutura, pela qualidade e simpatia dos seus professores e funcionários.

À Coordenação do Distrito Sanitário de Itapuã, em especial à Maria Helena Belinello pela confiança e à equipe técnica da Visa deste distrito pelo compromisso profissional junto aos idosos institucionalizados.

À Prefeitura Municipal de Salvador, Secretaria Municipal de Saúde pela oportunidade de realizar este curso tão importante para minha formação profissional.

“Desistir? Eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério. É que tem mais chão nos meus olhos do que cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça”.

Cora Coralina

LISTA DE QUADROS

Artigo 2

Quadro 1 - Documentação técnico sanitária e cuidados com os idosos.....	39
Quadro 2 - Categoria Medicamentos e Posto de Assistência em cuidados de Enfermagem ..	44
Quadro 3 - Quadro de profissionais nas ILPIs	46
Quadro 4 - Estrutura física de dormitórios, banheiros e áreas de circulação interna e externa	51
Quadro 5 - Quadro comparativo boas práticas em serviços de alimentação.....	55

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
MBP	Manual de Boas Práticas
ONU	Organização das Nações Unidas
PGRSS	Programa de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSP	Política Nacional de Segurança dos Pacientes
POP	Procedimento Operacional Padrão
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SUCOM	Secretaria Municipal de Desenvolvimento e Urbanismo
UFBa	Universidade Federal da Bahia
Visa	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
ARTIGO 1.....	12
CUIDADO E PROTEÇÃO AOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NA PERSPECTIVA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	12
RESUMO.....	13
ABSTRACT	14
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 O Cuidado ao idoso no Brasil	17
1.2 Instituições de longa permanência	19
1.3 A proteção legal ao idoso	20
1.4 O cuidado na perspectiva da vigilância sanitária	21
1.5 O cuidado realizado pela vigilância sanitária nas ILPIs	23
2 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS	27
ARTIGO 2.....	30
VIGILÂNCIA SANITÁRIA NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS.....	30
RESUMO.....	31
ABSTRACT	32
1 INTRODUÇÃO	33
2 METODOLOGIA.....	36
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
3.1 O cuidado sanitário	41
3.2 Cuidados assistenciais aos idosos	45
3.3 Estrutura física	47
3.4 Alimentos.....	53
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICES	66
ANEXOS	68

APRESENTAÇÃO

O Brasil, a exemplo dos demais países emergentes, vem experimentando crescimento populacional acelerado e em franco descompasso com a expansão dos sistemas sociais. Complementarmente a esta situação, mudanças significativas vêm ocorrendo na estrutura social com novos rearranjos familiares e maior participação da mulher no mercado de trabalho culminando com reduzida, ou até mesmo ausência, da figura feminina cuidadora habitual no seio da família.

A principal consequência deste novo cenário é a procura crescente por cuidados de longa duração por parte das famílias, sobretudo os prestados por instituições de natureza privada. Isto se dá em decorrência do modelo neoliberal adotado no Brasil em que predomina o Estado mínimo onde não há oferta de serviços de apoio suficiente ao idoso no ambiente familiar e nem mesmo a oferta do cuidado de longa duração para atender à forte demanda.

O surgimento de instituições para idosos remonta à Idade Média onde o asilo era um local de assistência aos pobres, pessoas desabrigadas e desamparadas pelas famílias. Geralmente quem dava assistência a esses desamparados eram filantropos e caridosos, que buscavam a salvação da alma, tanto do pobre como a sua. (HERÉDIA & CARRARA, 2000).

Goffman (2001) conceitua abrigos como instituições totais que dominam toda a vida do sujeito que a ela está submetido, geralmente separam os sujeitos da sociedade e administram a saúde, higiene, alimentação, vestimentas, separam os sujeitos pelo sexo, sendo um local de confinamento do qual os sujeitos não podem sair. O modelo asilar brasileiro ainda tem muitas semelhanças com as chamadas instituições totais, ultrapassadas no que diz respeito à administração de serviços de saúde e/ou habitação para idosos (MORENO e VERAS, 1999, p.167-77).

Com o envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com incapacidades físicas e mentais, os asilos deixaram de fazer parte da rede de assistência social ao idoso para fazer parte da rede de assistência à saúde (KANE e KANE, 1987, *apud* COSTA, 2004). Estudos nacionais acenam que 0,8% da população idosa brasileira está convivendo em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Observa-se que a institucionalização não é uma prática comum no Brasil (GONÇALVES, 2010). Mesmo que esses indicadores não

revelem a visibilidade do problema para o cenário nacional, vale considerar que a institucionalização está em ascensão.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2003) passou a utilizar o termo Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI em substituição às diversas outras denominações referentes aos abrigos. No município de Salvador segundo Lei Municipal 5.504/99 as ILPIs se enquadram como estabelecimentos de interesse à saúde, estando, portanto, no escopo de ação da Vigilância Sanitária.

A Visa é uma das competências do Sistema Único de Saúde (SUS) (LEI no 8.080/1990; LEI nº 9.782/1999), organizada em um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, presente em todas as esferas de governo, com atributos peculiares e intimamente relacionada à realidade dos cidadãos. Sua principal função é eliminar ou minimizar o risco sanitário, que, no caso da Visa, refere-se a um perigo de dano à saúde. A Visa confere as normas e padrões a serem cumpridos em todas as ações de interesse da saúde na produção, circulação e consumo de certos produtos, processos e serviços (LUCCHESI, 2006). A simples ação de inspeção a estas instituições constata sua complexidade face à nova conformação em que são desenvolvidas atividades de cuidados sociais e na esfera da saúde. Na produção científica há inúmeros trabalhos que trazem à tona as reflexões acerca do cuidado ao idoso institucionalizado. No entanto, esta abordagem se dá comumente nas esferas da assistência ou sociológica. Os trabalhos aqui apresentados trazem à reflexão o cuidado estatal na perspectiva da Vigilância Sanitária.

Os resultados da presente investigação são apresentados sob a forma de dois artigos orientados pelo mesmo referencial teórico. O primeiro artigo corresponde a um ensaio, produto de uma pesquisa literária no campo da História, saúde e Vigilância Sanitária sobre o cuidado, traçando sua historicidade, estabelecendo paralelo entre o cuidado em saúde e cuidado em Vigilância Sanitária e, posteriormente, analisando o cuidado estatal nas Instituições de Longa Permanência para Idosos no contexto atual. O presente artigo também busca uma aproximação a uma noção de cuidado na perspectiva da Vigilância Sanitária.

O segundo artigo, de caráter diagnóstico, realizado em oito (08) Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs localizadas no Distrito Sanitário de Itapuã – Salvador Bahia, busca analisar se atendem às necessidades de seus residentes quanto aos cuidados em

vigilância sanitária mediante o controle do risco sanitário considerando-se as categorias medicamentos, alimentos, estrutura física da habitação, prestação de cuidados nos serviços de assistência (registro dos procedimentos de enfermagem e quadro funcional), tendo-se como objetivo principal identificar e descrever a atuação da vigilância sanitária nas ILPIs no município de Salvador na perspectiva do cuidado e proteção aos idosos institucionalizados.

ARTIGO 1

**CUIDADO E PROTEÇÃO AOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NA
PERSPECTIVA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Salvador

2018

CUIDADO E PROTEÇÃO AOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NA PERSPECTIVA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

RESUMO

O cuidado à saúde no mundo ocidental tem passado por importantes mudanças, influenciado por acontecimentos e transformações culturais, econômicas e institucionais. As instituições que se ocupam desse cuidado têm vivenciado processos de transformação em relação ao mesmo - da secularização ao fenômeno da mercantilização/ marketização. Este artigo tem por objetivo elaborar, a partir de revisão bibliográfica sobre o cuidar, o cuidado em saúde, situação e atenção ao idoso em instituições que realizam o cuidado humano, uma noção de cuidado em vigilância sanitária e de cuidado realizado pela Vigilância Sanitária nas Instituições de Longa Permanência (ILPIs). Constata-se que o cuidado do Estado ao idoso institucionalizado ocorre de forma limitada e fragmentada e sem o exercício da intersetorialidade. A ação da Vigilância sanitária se dá, predominantemente, pela regulação.

Palavras-chave: Instituição de Longa Permanência para Idosos. Cuidado. Vigilância Sanitária.

CARE AND PROTECTION FOR INSTITUTIONALIZED ELDERLY PERSONS IN THE PERSPECTIVE OF SANITARY SURVEILLANCE

ABSTRACT

Health care in the western world has undergone major changes, influenced by cultural, economic and institutional events and transformations. The institutions that deal with this care have undergone transformations – from secularization to the phenomenon of commodification/marketing process. This article aims to develop, based on a bibliographical review on care, health care, situation and care for the elderly in institutions that perform human care, a notion of care in sanitary surveillance and care carried out by Sanitary Surveillance in Institutions Long-Term. It is observed that the care of the State to the institutionalized elderly occurs in a limited and fragmented way and without the proper connection between the sectors. The action of Sanitary Surveillance occurs predominantly by regulation.

Keywords: Long-Term Care Institution for the Elderly. Caution. Sanitary Surveillance.

1 INTRODUÇÃO

O cuidar, na maioria das culturas, vincula-se ao papel social feminino. Alguns historiadores e antropólogos consideram que a proteção materna instintiva foi a primeira forma de manifestação do cuidado humano (DONAHUE apud VAGUETTI *et al*, 2007). Essa prática tem também uma dimensão de defesa e proteção de indivíduos e grupos. Na Idade Média o cuidado se institucionaliza na igreja e era realizado pela caridade organizada, sob o nome de misericórdia. Os indivíduos que por algum motivo não possuíam família, a exemplo dos órfãos, indigentes e idosos, eram amparados pelos serviços de caridade da época – casas de dádivas, monastérios, hospitais, paróquias e escolas (BURKE, 2012). A partir da secularização, processo de abandono dos preceitos culturais que se apoiavam na religiosidade, iniciada no século XV, é que o Estado, incipientemente, assume o seu papel de cuidador. É a partir do desenvolvimento do Estado moderno que o mesmo passa a ter maior intervenção na saúde. Nesse contexto, constroem-se políticas de saúde mais bem definidas (Higienismo francês, a Polícia Médica alemã e a Medicina da Força de Trabalho na Inglaterra) e o Estado assume mais claramente seu papel cuidador. A partir daí o hospital que abrigava excluídos sociais, idosos e era um lugar que se ia para morrer, transforma-se em instituição de ensino e da prática médica, em bases científicas modernas (FOUCAULT, 1985) e os asilos passam se constituir enquanto a principal instituição de cuidado aos idosos.

O cuidado institucionalizado tem apresentado importantes avanços a partir de acontecimentos e transformações culturais, econômicas e institucionais. Instituições que se ocupam desse cuidado têm vivenciado processos de transformação em relação ao mesmo – desde a secularização passando pela especialização e por fim, o fenômeno da mercantilização/marketização (BURKE, 2012).

As mudanças ocorridas na função e papel do Estado a partir do Século XIX e, em especial, nos meados do século XX nas sociedades que experimentaram o “Estado de Bem-Estar Social” favoreceram a expansão do cuidado para as áreas sociais e, no caso da saúde, com a ampliação de instituições que cuidam direta e indiretamente da saúde, nessas últimas, se inserem as ILPIs. Essas mudanças também foram influenciadas por transformações ocorridas nas famílias, em especial a participação da mulher no mercado de trabalho. Na atualidade, o cuidado, dirigido às pessoas idosas, varia a depender da forma de organização das sociedades. No Brasil, o cuidado familiar ainda predomina mas nota-se um importante crescimento das

instituições de longa permanência para idosos. Embora as ILPIs não sejam instituições de saúde, prestam serviço para uma parcela da população exposta a fatores de riscos relacionados a essa etapa do ciclo de vida. Assim, os serviços de vigilância sanitária devem atuar no sentido de normatizar o controle destes riscos.

No Brasil, políticas voltadas aos idosos só se conformam mais claramente a partir dos anos 1980 com a luta pela reconquista da democracia e de direitos sociais. Duas importantes conquistas expressaram-se na Constituição de 1988 (CF/88): a primeira, a incorporação da concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais e a responsabilidade do Estado em garantir este direito a todo cidadão à saúde; a segunda, o reconhecimento do direito do idoso como um direito fundamental inerente a todo ser humano que se encontre no território brasileiro, e a inclusão do cuidado do idoso na Constituição Federal de 1988. A Carta Magna atribui tal dever à família, à sociedade e ao Estado, de modo a assegurar sua participação na comunidade, dignidade, bem-estar e direito à vida. O reflexo desta nova ordem constitucional em relação à população idosa deu-se em 1989 com a emissão pelo Ministério da Saúde da Portaria Federal nº. 810/89(1989), determinando a normatização do funcionamento padronizado de instituições ou estabelecimentos de atendimento ao idoso. Mas só em 1994 foi sancionada e publicada a Lei Federal nº. 8.842(1994) que estabeleceu a Política Nacional do Idoso, a qual reitera o dever da família, sociedade e Estado em assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para integração e participação efetiva na sociedade e promoção de sua autonomia, vetando qualquer forma de discriminação contra a pessoa idosa. Esta Política, corroborando o que determina a Constituição Federal de 1988⁴, incentiva a implementação de centros de convivência, centros-dia, hospitais-dia, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho e atendimento domiciliar e prioriza o atendimento ao idoso no seio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar. Posteriormente, a elaboração do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) reafirma a obrigatoriedade dos poderes públicos em assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. É a primeira Lei que faz referência às instituições na modalidade de longa permanência. Com o significativo avanço da institucionalização do SUS, é formulado em 2006 o Pacto pela Saúde (Portaria MS/GM nº. 399/2006). Em um dos seus componentes, o Pacto pela Vida estabelece como prioridade a implantação da Política Nacional de Saúde do Idoso. É nesse contexto que surge, mais claramente, a atuação da vigilância sanitária nas ILPIs. Este ensaio tem como objetivo se

aproximar a uma noção de cuidado na perspectiva da vigilância sanitária e de cuidado nas Instituições de Longa Permanência (ILPIs) realizado pela Vigilância Sanitária.

1.1 O Cuidado ao idoso no Brasil

O envelhecimento populacional se constitui em um expressivo problema mundial nas últimas décadas. Entretanto, os países desenvolvidos o enfrentam expandindo os sistemas de proteção social e implantando políticas adequadas a essa transição demográfica. No Brasil, esse processo caracterizou-se por ser rápido, intenso, e com uma transição epidemiológica inconclusa; a coexistência de doenças crônicas e de suas complicações, com doenças transmissíveis persistem também nessa etapa de vida.

A definição de idoso difere nas sociedades (ONU, 1982). Nos países desenvolvidos são consideradas idosas as pessoas com 65 anos ou mais. Nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, são idosos a partir dos 60 anos. Esta definição foi estabelecida pela Organização das Nações Unidas – ONU em 1982, por meio da Resolução 39/125, elaborada na 1ª Assembleia Mundial das Nações Unidas Sobre o Envelhecimento da População. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 revelaram que a população do Brasil alcançou a marca de 190.755.799 habitantes, sendo que aproximadamente vinte e um milhões deles – o equivalente a 11% da população são de idosos. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD-IBGE) (2013) revelou que 13% da população pertenciam a esta faixa etária. Estima-se que em 2020 este número poderá exceder a 30 milhões de pessoas no país, o que representará 13,6% da população total. Isso fará com que o Brasil ocupe a sexta colocação entre os países com maior número de pessoas idosas (CARVALHO E GARCIA, 2003).

Estudo realizado por Pasinato e Kornis (2009) comparando cuidados dispensados à terceira idade em países como Dinamarca, Alemanha e Estados Unidos, revelou que o modelo social-democrata dinamarquês é pautado em sistema amplo de seguridade social e o sistema de saúde com cobertura universal. Frente aos crescentes custos, a partir de 1987, teve início o processo de desinstitucionalização, passando a priorizar a construção de uma estrutura de cuidados domiciliares e programas voltados para o apoio dos cuidadores informais. Na Dinamarca a família não é legalmente responsável pelos cuidados, havendo foco na autonomia e independência (CARVALHO, 2009). O modelo alemão, a partir de 1994,

estruturou-se sob forma de seguro voltado aos cuidados de longa duração (SCLD), cofinanciado pelos empregados e empregadores através de uma alíquota de 1,7% sobre os salários. É descentralizado, com foco na dependência, e a família é legalmente responsável pelos cuidados (CARVALHO, 2009). Nos Estados Unidos o sistema de seguridade é liberal e a atenção ao idoso realiza-se com ampla participação do mercado. Para os idosos há o medicare que cobre apenas alguns serviços diretamente relacionados com a área de saúde a exemplo da enfermagem e fisioterapia.

No Brasil, apesar das mudanças ocorridas no cenário nacional em relação às políticas de proteção social ao idoso, estas ainda se apresentam muito restritas na oferta de serviços e programas de Saúde Pública, bem como na amplitude da sua intervenção. Tradicionalmente, o cuidado domiciliar ao idoso sob responsabilidade familiar, predomina. Em alguns casos o Estado entra complementarmente na oferta de serviços sociais e de saúde, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família. Desta forma, o Estado se apresenta como parceiro com responsabilidades reduzidas. Ainda não há política que defina claramente as atribuições das famílias e de uma rede de cuidado aos idosos. O cuidado realizado por instituições, embora não seja recente, foi tradicionalmente realizado por instituições religiosas e só mais recentemente o Estado assumiu parte deste cuidado. Constitucionalmente, o atendimento asilar destina-se aos idosos que não apresentem condições de garantir sua própria sobrevivência, como nos casos de abandono, inexistência do grupo familiar ou casa-lar ou carência de recursos financeiros próprios ou da própria família.

Entretanto, ainda que no Brasil haja prioridade no cuidado ao idoso no âmbito familiar, o processo de modernização experimentado pela sociedade vem causando a escassez do mesmo, possivelmente decorrente da redução do tamanho das famílias, dos novos rearranjos familiares, do novo papel social das mulheres, sua crescente participação no mundo do trabalho e redução da fecundidade. Essas mudanças segundo Camarano e Kanso (2010), afetam a capacidade das famílias realizarem cuidados aos idosos, que parece diminuir à medida que sua demanda aumenta. Este cenário, aliado à ausência de apoio mais efetivo do Estado no suporte em domicílio, resulta em incremento na procura por Instituições de Longa Permanência, (ILPIs) privadas, por parte de famílias. É importante traçar paralelo acerca de como os cuidados de longa duração vem se processando nos ambientes das instituições nos países avançados e países emergentes, a exemplo do Brasil. Born e Boechat (2002) revelam que os países avançados têm sofrido mudanças no seu perfil de institucionalização, por

disponham de opções para manter o idoso na comunidade, através de uma rede de serviços. As ILPIs existentes nestes países abrigam, predominantemente, indivíduos com idades mais avançadas, com perdas funcionais sérias e com demências. Este estudo encontra respaldo nos achados de Camargos *et al* (2011) ao afirmar que nos países desenvolvidos a institucionalização é uma escolha para indivíduos de idade avançada e com dificuldade de se manterem independentes ou para os que necessitam de cuidados médicos. No Brasil, já se constata expansão do mercado relacionado às ILPIs. Estas em geral, abrigam idosos com idade acima de sessenta anos, com diversos graus de dependência. Camarano e Kanso (2010) referem que o número de idosos que deverão necessitar de cuidados prolongados, entre os anos de 2010 e 2020, poderá crescer de 30% a 50%, independentemente de haver melhorias ou não nas condições de autonomia. O incremento na procura pelos cuidados prestados pelas ILPIs deve-se possivelmente, ao boom da terceira idade desde a década de 80. Somado a isso, a velhice tem sido compreendida como uma fase do curso da vida e não mais como doença. O estudo de Küchemann (2012) também fornece subsídios que sustentam forte tendência da expansão do mercado do cuidado aos idosos no modelo institucional. A autora afirma que muito embora o Estado ofereça alguns serviços aos idosos, a cobertura não se mostra suficiente, principalmente quanto aos alojamentos para cuidados de longa duração. O tipo de cuidado instituído pelo Estado depende de sua natureza e papel deste. Nos países em que predomina o Estado de Bem-Estar Social esse cuidado é maior. Na realidade brasileira, o Estado tem se desresponsabilizado, cada vez mais, em garantir direitos sociais à população e no caso das ILPIs, a execução direta do cuidado é quase inexistente, ficando apenas com o papel regulador. Somado a isso, é expressiva a participação do mercado no cuidado de indivíduos e grupos, ao mesmo tempo em que avança a desregulamentação relacionada às práticas e objetos desse cuidado.

1.2 Instituições de longa permanência

O termo Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), sugerido pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2003) teve por objetivo expressar a nova função híbrida destas instituições. A SBGG entende que as ILPIs são estabelecimentos para atendimento integral institucional e deve atender às necessidades de seus residentes. A expressão, segundo Delboni *et al* (2013), é uma adaptação do termo Long-Term Care Institution utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Cabe às ILPIs atender, amplamente, às necessidades das pessoas idosas, frente à nova realidade sentida na qual há

aumento da sobrevivência de pessoas que apresentam redução da capacidade física, cognitiva e mental. Isto posto, é necessário que as mesmas integrem a rede de assistência social e de saúde. Goffman (2001) compreende os abrigos de idosos, assim como manicômios e prisões como segregadores da vida social, ao mesmo tempo em que dominam toda a vida do sujeito (higiene, alimentação, vestimentas) a ela submetido. O autor ressalta o caráter fechado destas instituições e também as denominam de instituições totais. A vasta produção literária acerca das ILPIs aponta divergência de opinião entre os autores. Alguns concordam com Goffman quanto à totalidade destas instituições e consequências nefastas ao idoso a exemplo do isolamento/segregação social, perda da individualidade e até mesmo a “mortificação” do indivíduo. Outros admitem posição diferente ao considerá-las como alternativas de melhor assistência e proteção aos idosos argumentando que nem sempre a família consegue atender a estas necessidades. Silva e Figueiredo (2012) concordam com Goffman quanto ao domínio institucional sobre os indivíduos e apontam a limitada, e até mesmo inexistente, capacidade de escolha por parte dos idosos institucionalizados, ou seja, instituições sem liberdades. Casadei et al (2011), reforçam a percepção negativa das ILPIs ao considerarem o modelo asilar brasileiro semelhante às chamadas instituições totais, funcionando como espaços de segregação e de administração integral da vida dos idosos dependentes, desvalidos, aposentados, pobres e rejeitados ou impossibilitados de viverem sozinhos ou com familiares. Born e Boechat (2002) buscam explicar que conotações negativas relativas às ILPIs muito se deve ao modo como surgiram e a maneira que eram estruturadas.

Nesse ensaio entendemos que as instituições são ao mesmo tempo produtoras de cuidado e limitadoras de liberdades. Essas características intrínsecas podem apresentar modificações, a depender do modelo de gestão adotado. E, a partir da definição de Born e Boechat (2011), compreendemos Instituição de Longa Permanência para Idosos enquanto “um serviço de assistência de natureza médico-social, sócio-sanitária e deve proporcionar cuidados e ser um lugar para se viver com dignidade. Seus cuidados devem abranger a vida social, emocional, as necessidades de vida diária e assistência à saúde, caracterizando-se assim como um serviço híbrido, de caráter social e de saúde”.

1.3 A proteção legal ao idoso

O texto constitucional assegurou a saúde como direito fundamental, condição imprescindível para a vida com dignidade, e fixou a obrigatoriedade do Estado em promover ações e serviços

voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde. O rápido envelhecimento populacional suscitou novo olhar estatal sobre a terceira idade, demandando ajustes e mudanças nas políticas públicas, reconhecimento dos direitos da pessoa idosa e, conseqüente, surgimento de legislações específicas voltadas a esta etapa da vida, a exemplo do Estatuto do Idoso, no qual surgem pela primeira vez os requisitos, princípios norteadores, regras de fiscalização e penalidades. O Estatuto reconhece em seu Art. 37 § 3º que “As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei”. Em contexto mais atualizado, Clos e Grossi (2016) tecem sérias críticas acerca do espaço ocupado pelo mercado nesse tipo de cuidado. Segundo as autoras, estes estabelecimentos chegam ao século XX como negócio lucrativo em que os serviços gerontológicos de acolhimento e residência surgem como mercado promissor. Atribuem este fato à incompatibilidade das estruturas familiares com cuidados específicos para idosos em processo de adoecimento. Embora o Estado tenha ocupado um espaço restrito como provedor do cuidado, parece ser crescente sua participação na elaboração e cumprimento de legislações de cunho protetivo e normas regulatórias.

Reforçando-se esta obrigatoriedade legal e regulatória, surge em caráter complementar, a Lei 8.080/90²⁶ que conceitua em seu Art 6º a Vigilância Sanitária (Visa) e prevê sua atuação no controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. As ILPIs, ainda que não se classifiquem como unidades de saúde, trazem na sua constituição, a realização de algumas atividades de assistência como cuidados de enfermagem, fisioterapia, nutrição, administração de medicamentos, estando assim sujeitas à regulação, controle e fiscalização do Poder Público. À Visa cabe, a função de regular, sob o ângulo sanitário, as atividades relacionadas à produção/consumo de bens e serviços de interesse da saúde, seus processos e ambientes, sejam da esfera privada ou pública (COSTA, 2009).

1.4 O cuidado na perspectiva da vigilância sanitária

O termo cuidado possui diversos significados na Língua Portuguesa, desde assistência, cautela, responsabilidade, à proteção. De acordo com Teixeira (2010), cuidados de saúde são ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, bem como o diagnóstico e tratamento de doenças e ações de reabilitação das capacidades reduzidas por efeito de doenças ou acidentes. Corresponde ao original inglês “healthcare”. Sob este enfoque torna-se

importante estabelecer comparação acerca do cuidado em saúde e o cuidado em vigilância sanitária. Há inúmeros trabalhos que abordam o cuidado em saúde, mas predominante com ênfase na assistência. O cuidado assistencial ao idoso se constitui, na maioria das vezes, enquanto relação social que se estabelece entre o profissional que cuida e o indivíduo (objeto do cuidado), cuja ação finalística é a cura ou oferta de conforto (cuidado paliativo). Para efetivação deste cuidado necessita-se de avaliação do estado de saúde por meio de análise diagnóstica e aplicação de conhecimentos técnicos garantindo ao paciente um tratamento que atenda às suas necessidades. Os estudos de Ayres (2004) apontam a importância da humanização no cuidado assistencial como fator relevante a ser aplicado pelos profissionais de saúde. Para atender a este requisito é preciso considerar o exercício da alteridade no processo do cuidado. A alteridade pode ser entendida na capacidade que um ser tem de apreender o outro na plenitude da sua dignidade, dos seus direitos e, sobretudo, nas suas diferenças.

Diferentemente do campo da assistência, em que o cuidado é direto e reveste-se de humanização (AYRES, 2004), o cuidado na perspectiva da vigilância sanitária é indireto, exercido sobre seus objetos de cuidado e não sobre as pessoas, por meio de ações de proteção e prevenção com vistas ao controle dos riscos na defesa da saúde. E no caso das ILPIs, traduz-se em adoção de medidas sanitárias com objetivo de promover condições seguras referentes à alimentação, vestuário, estrutura física e salubridade da habitação, qualidade da água, medicamentos e processos de trabalho, baseando-se em regular toda e qualquer atividade de saúde ou relacionada a esta, promovendo a proteção da coletividade. Em relação à extensão, enquanto o cuidado assistencial em saúde, na grande maioria das situações, prima pela atenção individual, o cuidado na perspectiva da Visa se processa no nível coletivo cujos objetivos finalísticos são a promoção e proteção da saúde. O cuidado no âmbito da Visa repousa na atuação sobre o risco e fatores de riscos sanitários. Assim, corresponde ao conjunto de procedimentos/intervenções tecnicamente orientados, voltados à prevenção e controle dos riscos e agravos, relacionados aos seus objetos com objetivo de promover saúde e proteger a população.

Considerando-se que, os objetos sobre os quais a Vigilância Sanitária age, são bens de consumo e também bens sociais, reconhece-se que muitos deles portam riscos intrínsecos, tornando-se imprescindível seu efetivo controle na proteção da coletividade. Sendo assim, pode-se considerar que o cuidado em Visa, mesmo indireto em relação ao sujeito, reflete-se

diretamente na proteção da saúde dos indivíduos e da população e se sustenta na regulação sanitária.

1.5 O cuidado realizado pela vigilância sanitária nas ILPIs

A noção de cuidado em Visa elaborada acima carece de ser adaptada para uma melhor compreensão do que seja o cuidado da vigilância sanitária nas ILPIs. O papel atual do Estado nessas instituições de natureza privada tem sido principalmente de natureza regulatória. Assim, entendemos que o papel regulador da Visa acaba sendo a principal forma de organização desse cuidado. A noção de regulação em Visa também é polissêmica e apresenta pelo menos três perspectivas. A primeira, entendida como estabelecer regras, sujeitar às regras, encaminhar conforme a lei, ajustar, conter, reprimir (COSTA, 2009). A segunda é mais voltada para o controle de riscos “toda parte de estudos de análise do risco, bem como as regulamentações dele decorrentes e as políticas de gerenciamento do risco empreendidas pelo Estado, que configuram sua intervenção na área do risco sanitário” (Lucchese, 2008). A terceira tem a ver com o papel regulador da Visa em relação ao mercado “todo controle, sustentado e especializado, feito pelo Estado ou em seu nome, que intervém nas atividades de mercado que são ambivalentes, pois, embora úteis, apresentam riscos para a saúde da população” (SOUZA, 2007).

Neste estudo, entende-se que o cuidado que deve ser realizado pela vigilância sanitária nas ILPIs incorpora, necessariamente estas três perspectivas. A primeira pode ser evidenciada pelo estabelecimento da Resolução de Diretoria Colegiada nº 283/2005 (2005), que trata do regulamento técnico definindo normas de funcionamento para as ILPIs. Esta norma inclui aspectos relativos à estrutura física, alimentos, medicamentos, vestuário, processos de trabalho como categorias relevantes no cuidado sanitário face ao risco que representam. Ressalta-se que esta Resolução decorreu da implementação do Estatuto do Idoso. A segunda perspectiva regulatória tem intrínseca relação com a função finalística da Visa que é o controle de riscos sanitários com o propósito da proteção à saúde. A terceira refere-se ao papel de regular interesses da saúde e do mercado. Como as ILPIs na sua maioria são parte deste mercado, faz-se necessário que a Visa atue nesse processo regulatório. Considerando-se que nas Instituições de Longa Permanência para Idosos, os riscos podem ser decorrentes da natureza intrínseca do objeto (a exemplo dos medicamentos), das falhas no processo de trabalho (serviços de cuidado em enfermagem/fisioterapia, serviços de alimentação e

lavanderia), ausência e/ou falha no gerenciamento/monitoramento das condições físicas do ambiente. Nestas Instituições, a magnitude do risco adquire relevância face à maior suscetibilidade dos indivíduos que aí residem (idosos). Os riscos tendem a se ampliar devido ao avanço do consumo na sociedade contemporânea. Essa ampliação apresenta-se como um importante desafio para a vigilância sanitária nas ILPIs no sentido de evitar a “coisificação” do cuidado, ou seja, o cuidado enquanto mercadoria (CLOS e GROSSI, 2016). Para essas autoras, o cuidado humano, ao se tornar necessidade, também se torna produto a ser explorado economicamente. Essa sobreposição das coisas em detrimento das pessoas pode trazer como consequência a invisibilidade do ser cuidado, o idoso. Na esfera mercadológica, o enfrentamento da “coisificação” pela vigilância sanitária faz-se mediante a regulação sanitária. Nesse sentido, consideramos que a perspectiva regulatória de Souza (2007) torna-se, nesse estudo, mais ampla por se tratar de uma atuação direta da Visa sobre uma instituição privada, portanto, com forte apelo mercadológico. Reiteramos que esta perspectiva inclui o cuidado a outra instância de atuação da Vigilância Sanitária ainda que em caráter complementar; a defesa do consumidor, dado seu poder de intervenção nas atividades de mercado. Consumidor é definido legalmente no caput do art. 2º do Código de Proteção e Defesa do Consumidor (Lei 8078/90) como “toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final”. As ILPIs de natureza privada, portanto submetem-se a este Código ao estabelecerem a prestação de serviços mediante formalização de contrato, seja com o próprio idoso, seus familiares ou responsáveis diretos. Nas relações de consumo o consumidor juridicamente é sempre considerado vulnerável por excelência. Todavia, o consumidor idoso é portador de uma vulnerabilidade extrema, que lhe coloca em uma condição especial quando se propõe a entabular relações jurídicas de consumo. A condição especial do consumidor idoso lhe torna mais suscetível às práticas abusivas no mercado de consumo, tendo em vista as típicas debilidades (emocionais, físicas, sociais, econômicas, etc.) que acompanham a idade avançada, de forma a exigir o reconhecimento da sua vulnerabilidade extrema. Sua condição é tão peculiar que o sistema jurídico lhe assegurou dois microssistemas jurídicos específicos, ambos de natureza tutelar, quais sejam, a Lei 8.078/1990 (1990) – CDC e a Lei 10.741/2003 (2003) – Estatuto do Idoso. No âmbito da Regulação Sanitária a RDC 283/2005 surge em resposta ao referido Estatuto assegurando ao idoso o direito de viver em um espaço em condições de habitabilidade, salubridade, segurança e capaz de atender às suas necessidades.

2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crescente atuação da vigilância sanitária em inúmeras atividades relacionadas aos seus objetos de atuação (medicamentos, alimentos, serviços de saúde e de interesse da saúde, entre outros) tem exigido uma intensa reflexão sobre seu papel, atuação e práticas. No caso do tema deste ensaio, o cuidado realizado pela Visa nas instituições de longa permanência, apresenta-se como um importante desafio de análise. Primeiro porque inexiste uma elaboração do que seja cuidado em vigilância sanitária, e segundo, porque o papel a ser desempenhado pela Visa nas ILPIs ainda não foi objeto de discussão mais ampliada. Nesse sentido, as reflexões aqui produzidas têm o propósito apenas de provocar o debate para assim, seguirmos ampliando nossas reflexões e práticas sobre as temáticas. Notou-se também que, embora o Brasil, nessas três últimas décadas, tenha alcançado conquistas relevantes (Constituição cidadã de 1988 e no processo de construção e implementação do Sistema Único de Saúde) que possibilitaram ampliação do cuidado aos idosos, o mercado tem se expandido intensamente nesse mesmo período no setor da saúde, quer direta como indiretamente, o que pode ser evidenciado no caso das ILPIs.

Quanto à natureza das instituições observa-se que possuem ao mesmo tempo características de instituições denominadas por Goffman como totais e de características esperadas pela instituição familiar, o cuidado.

A omissão crescente do papel provedor de cuidado do Estado aos idosos também se fez evidenciar, ficando reduzido, no caso das ILPIs apenas a seu papel regulador. Essa situação também carece de maior aprofundamento. Também foi observado o pouco suporte oferecido, por parte do Estado, ao idoso no âmbito familiar. A Política do Envelhecimento Ativo ainda não se aplica à realidade e o crescimento demográfico não foi acompanhado pela melhoria das condições sociais. No contexto atual, face à pequena participação do Estado no cuidado direto aos idosos, as ILPIs surgem como um mercado promissor com tendência a forte crescimento em consequência do acelerado envelhecimento da população brasileira e poucos avanços nas redes de assistência ao idoso no suporte familiar. O incremento no mercado das ILPIs trouxe uma nova e importante função para a vigilância sanitária que aqui denominamos de cuidado sanitário nas ILPIs. O cuidado ao idoso tem se tornado negócio lucrativo que se transformou no mercado das ILPIs no Brasil. A partir dessa situação, surge a necessidade de mudanças necessárias na organização interna destas instituições fazendo com que se adaptem às novas

regras impostas pelo Estado por meio da atuação da Visa ou entrem em processo de extinção (fechamento do estabelecimento). Entendemos haver outros sistemas organizacionais no entorno das ILPIs a desempenhar funções diversas compondo uma rede de assistência de saúde, social e jurídica visando o cuidado e proteção aos idosos. No entanto, o cuidado estatal ao idoso nas ILPIs vem ocorrendo comumente na esfera da regulação por meio da Vigilância Sanitária. O estado cuida, mas considerando-se seu aparato organizacional este cuidado é fragmentado face à ausência de ações intersetoriais.

REFERÊNCIAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada, 283**. 2005. Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RES_283.pdf.

AYRES, J. R. DE C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde soc.** v.13 n.3 São Paulo set./dez. 2004. Saude soc. 2004, vol.13, n.3, pp.16-29. ISSN 0104-1290. [publicação online]; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: V. FREITAS et al., **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. p. 768-777. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas EV, Py L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ªed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2011. p. 1299-310.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de nº1, de 1992, a nº 32, de 2001 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de nº 1 a nº 6, de 1994. 17. ed. Brasília, 1988. 405p. (Série Textos Básicos, n. 25).

BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. **Dispõe Sobre A Proteção do Consumidor e Dá Outras Providências.** Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm.

BRASIL. Lei nº 8842, de 04 de janeiro de 1994. **Dispõe Sobre A Política Nacional do Idoso.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02.

BRASIL. Portaria nº MS-810, de 22 de setembro de 1989. **Normas Para O Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e Outras Instituições Destinadas Ao Atendimento do Idoso.**

BURKE, P. “Como cresceu a ideia de cuidado”. Café Filosófico – CPFL Cultura. [publicação online]; [acesso em mai 2012]. Disponível em: <http://www.cpfcultura.com.br/2010/09/28/como-cresceu-a-ideia-de-cuidado-%e2%80%93-peter-burke-2/>

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235 jan./jun. 2010.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Brasileira de Estudos de População**, 28(1), 2011:217-230.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad Saúde Pública**. 2003;19(3):725-33.

CARVALHO, M. I.; DE LOPES, B. Entre os cuidados e os cuidadores: o feminino na configuração da política de cuidados às pessoas idosas. *Campus Social – Revista Lusófona de Ciências Sociais*, [S.I], n.3 & 4, p. 269-280, June 2009. ISSN 1645-9857. [publicação online]; [acesso em mar 2018]. Disponível em: <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/campussocial/article/view/239>.

CASADEI, M. C.; DA SILVA, A. C. B.; JUSTO, J. S. Bem-me-quer, malmequer: uma análise dos cuidados dispensados ao idoso asilar. **Revista Kairós Gerontologia**, 14(6). ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil, dezembro 2011: 73-93.

CLOS, M. B.; GROSSI, P. K. Desafios para o cuidado digno em instituições de longa permanência. **Rev. Bioét.** v.24 no.2 Brasília maio/ago. 2016.

COSTA, E. A. org. **Vigilância Sanitária: temas para debate** [online]. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p.

DELBONI, et al. Instituições de Longa Permanência (ILP): **os idosos institucionalizados de uma cidade da região central do Rio Grande do Sul**. 2013.

FOUCAULT, M. O Nascimento do Hospital. In: ____ **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal. 5ª ed. 1985. p 99-112.

GLOSSÁRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE Referência TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 127.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. (7ª ed.). São Paulo: Perspectiva. 2001.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo de 2010**. [publicação online]; [acesso em jan 2017]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad)**, 2013. [publicação online]; [acesso em jan 2017]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/.../pnad2013/default_sintese.shtm.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc. estado**. v. 27 no. 1 Brasília Jan./Apr. 20. [publicação online]; Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922012000100010>.

LUCCHESI, G. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da Vigilância no Brasil, Brasília**, Editora ANVISA, 2008, p 60-86.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Assembleia Mundial sobre Envelhecimento: Resolução 39/125**. Viena, 1982.

PASINATO, M. T. DE M.; KORNIS, G. E. M. **Série Seguridade Social Cuidados de Longa Duração para Idosos**: um novo risco para os sistemas de seguridade social. Produzido no programa de trabalho de 2008. Rio de Janeiro, janeiro de 2009.

SILVA, M. V.; FIGUEIREDO, M. L. F. Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. **Enfermagem em Foco** 2012; 3(1):22-24.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - Seção São Paulo – **Instituição de Longa Permanência para Idosos**: manual de funcionamento. São Paulo, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção São Paulo, 2003:39p.

SOUZA, G. S. **Trabalho em vigilância sanitária: o controle sanitário da produção de medicamentos no Brasil** (tese). Salvador. Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia; 2007.

VAGUETTI, H. H.; PADILHA, M. I. C. DE S.; CARRARO, T. E.; PIRES, D. E. P.; SANTOS, V. E. P. Grupos Sociais e o Cuidado na Trajetória Humana. **R Enferm UERJ** 2007 abr/jun; 15(2):267-75.

ARTIGO 2

**VIGILÂNCIA SANITÁRIA NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA
PARA IDOSOS**

Salvador

2018

VIGILÂNCIA SANITÁRIA NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

RESUMO

No Brasil o envelhecimento populacional vem ocorrendo aceleradamente e em descompasso com a expansão do Sistema de Proteção Social, constituindo-se em grande desafio à saúde pública. Somado a isso, o cuidado ao idoso no núcleo familiar tem diminuído, devido aos novos arranjos familiares e crescente participação feminina no mercado de trabalho. Neste contexto, observa-se maior busca pelos cuidados prestados pelas Instituições de Longa Permanência por parte das famílias. O Estado brasileiro continua desempenhando papel pouco expressivo no cuidado ao idoso e, só mais recentemente, a Vigilância Sanitária tem assumido sua função de proteção nas ILPIs. A presente pesquisa foi realizada em oito ILPIs do Distrito Sanitário de Itapuã, Salvador/Ba, no período de 2015 a 2017, tendo-se como objetivo principal descrever a atuação da vigilância sanitária nessas ILPIs na perspectiva do cuidado e proteção aos idosos institucionalizados. Consideraram-se as categorias: medicamentos, estrutura física e alimentos e realizou-se análise crítica dos instrumentos técnico-normativos utilizados pela Visa nessas instituições. Os resultados apontam necessidade de maior frequência de treinamento de pessoal em boas práticas de alimentação e gerontologia, maior controle na dispensação de medicamentos e a construção de novo instrumento de análise adequado à realidade local, em substituição ao utilizado pela Visa Municipal.

Palavras-chave: Instituição de Longa Permanência. Vigilância Sanitária.

SANITARY SURVEILLANCE IN LONG-TERM CARE FACILITIES FOR THE ELDERLY

ABSTRACT

In Brazil, population aging has been occurring rapidly and in disagreement with the expansion of the Social Protection System, producing a huge challenge to public health. Attached to it, care for the elderly in the family unit has declined as a result of new family arrangements and increasing female participation in the labor market. In this context, the demand for the care provided by long-term care institutions by the families has increased. The Brazilian government continues to provide little significant award in elderly care and, just recently, the Sanitary Surveillance has taken its protective function in long-term institutions for the elderly. This research was carried out in eight long-term institutions of the Itapuã Sanitary District, in Salvador, Bahia, in the period from 2015 to 2017. The main objective to describe the Sanitary Surveillance in long-term institutions in the city of Salvador in the perspective of the care and protection of institutionalized elderly. The categories were considered: medicines, physical structure and food. A critical analysis of the technical-normative instruments used by the Sanitary Surveillance in these institutions was carried out. The results indicate an increased frequency of personnel training in good practices in food and gerontology as well as greater control in the release of medicines and in the construction of a new instrument of analysis, adapting it to the local reality, replacing that used by the Sanitary Surveillance of Salvador, Bahia.

Key words: Long-term care institution. Sanitary surveillance.

1 INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no caso do Brasil e demais países emergentes, as mudanças ocorrem de forma acelerada. Esse fenômeno tem sido apontado por alguns estudos como um dos grandes desafios à Saúde Pública (BRITO, 2008; CHAIMOWICZ, 1997; RAMOS et al., 1987; RODRIGUES et al., 2009; VERAS, 2009).

A definição de idoso difere nas sociedades (ONU, 1982). Nos países desenvolvidos são consideradas idosas as pessoas com 65 anos ou mais. Nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, são idosos a partir dos 60 anos. Esta definição foi estabelecida pela Organização das Nações Unidas - ONU (1982), por meio da Resolução 39/125, elaborada na 1ª Assembleia Mundial das Nações Unidas Sobre o Envelhecimento da População. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), revelaram que a população do Brasil alcançou a marca de 190.755.799 habitantes, sendo que aproximadamente vinte e um milhões deles – o equivalente a 11% da população são de idosos. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (2013), revelou que 13% da população pertenciam a esta faixa etária. Estima-se que em 2020 este número poderá exceder a 30 milhões de pessoas no país, o que representará 13,6% da população total. Isso fará com que o Brasil ocupe a sexta colocação entre os países com maior número de pessoas idosas. (CARVALHO E GARCIA, 2003).

O Estatuto do Idoso (2003) em seu Art 3º, inciso V estabelece priorização do atendimento ao idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência. Na atualidade, o referido Estatuto apresenta uma lacuna em relação aos idosos que escolham residir em ILPIs por vontade própria. De acordo com Camarano e Kanso (2010) o número de idosos brasileiros que deverão necessitar de cuidados prolongados poderá crescer de 30% a 50% entre 2010 e 2020, dependendo de melhorias (ou não) nas condições de autonomia. Reiteram que o cuidado ao idoso no núcleo familiar está se tornando escasso, em função da redução da fecundidade, dos novos arranjos familiares e da crescente participação da mulher – tradicional cuidadora – no mercado de trabalho.

Küchemann (2012) reforça que no Brasil há pouca participação do Estado em prover serviços de cuidados de longa duração. Já Camarano e Pasinato (2004) sinalizam que em períodos

mais recentes vem ocorrendo uma transferência deste cuidado do seio das famílias para o Estado, seja na execução direta da prestação dos serviços, ou na regulação da atividade do setor privado.

Esta realidade coaduna-se com o observado no Distrito Sanitário (DS) de Itapuã que apresenta um mercado na área do cuidado ao idoso em franca expansão no âmbito privado, constituindo-se inclusive, enquanto Distrito, possuir o maior número de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) no município de Salvador. Neste caso específico, verifica-se uma estreita relação entre este incremento e a lacuna existente no mercado relativo à prestação destes serviços na esfera pública.

Se no campo da assistência ao idoso nas ILPIs o Estado ocupa um espaço restrito quanto ao seu papel de provedor do cuidado, o mesmo não se pode inferir acerca da sua expressiva participação como cuidador na perspectiva da regulação sanitária por meio de alguns órgãos a exemplo, principalmente, da Vigilância Sanitária. Para Costa e Souto (2014), o escopo de ação da Vigilância Sanitária se situa no âmbito da proteção da saúde contra riscos de diversas naturezas e da promoção da saúde. A Visa congrega um conjunto de intervenções do Sistema de Saúde para promover qualidade, segurança, eficácia e efetividade de produtos, processos e serviços e qualidade de ambientes; é, portanto, um dos condicionantes fundamentais para a concretização do direito à saúde e qualidade de vida. Isto posto, o Estado tem também a função do cuidado que se dá predominantemente, na esfera da regulação sanitária, entendida aqui como “toda a parte de estudos de análise do risco, bem como as regulamentações dele decorrentes e as políticas de gerenciamento do risco empreendidas pelo Estado, que configuram sua intervenção na área do risco sanitário” (LUCCHESI 2008, p.305).

Neste estudo em particular, entenderemos a Instituição de Longa Permanência para Idosos como “Um serviço de assistência de natureza médico-social, sócio-sanitária e deve proporcionar cuidados e ser um lugar para se viver com dignidade. Seus cuidados devem abranger a vida social, emocional, as necessidades de vida diária e assistência à saúde, caracterizando-se assim como um serviço híbrido, de caráter social e de saúde” (BORN e BOECHAT, 2002).

Em 2005 a Anvisa publica a RDC nº 283 que trata do regulamento técnico que define normas de funcionamento dessas instituições (BRASIL, 2005a). Esta norma inclui aspectos relativos

à estrutura física, alimentos, medicamentos, vestuário, processos de trabalho como categorias relevantes nos cuidados com o idoso. Essa resolução se embasou na Lei nº 8.842/94 (1994), que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e cria o Conselho Nacional do Idoso, e no Estatuto do Idoso, de outubro de 2003. A inspeção às instituições contempla a utilização do Modelo – Instrumento de Avaliação para Instituições de Longa Permanência para Idosos como ferramenta para avaliar seu funcionamento.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma análise diagnóstica realizada em oito (08) Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs localizadas no Distrito Sanitário de Itapuã – Salvador, Bahia, tendo-se como objetivo principal descrever a atuação da vigilância sanitária e analisar os resultados das inspeções realizadas nestas instituições na perspectiva do cuidado e proteção aos idosos institucionalizados. Busca-se ainda analisar se as instituições atendem às necessidades de seus residentes quanto aos cuidados em vigilância sanitária mediante o controle do risco considerando-se os objetos: medicamentos, alimentos, estrutura física da habitação, prestação de cuidados nos serviços de assistência (registro dos procedimentos de enfermagem e quadro funcional).

Os dados desta investigação são de natureza secundária, produzidos pela equipe técnica do referido Distrito em três momentos distintos, nos anos de 2015, 2016 e 2017 a partir de inspeções realizadas. A análise da estrutura física das ILPIs fez-se mediante acesso às anotações, relatórios e notificações constantes nos processos de pré-vistoria (setor de engenharia).

A coleta de dados processou-se pela pesquisadora, exclusivamente por meio de análise documental, acessando informações constantes nos documentos pertencentes ao banco de dados existente na sede da VISA do DS Itapuã, após aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do ISC – UFBA e autorização da Secretaria Municipal de Saúde, conforme Termo de Anuência.

Para análise, consideraram-se os instrumentos técnico-normativos utilizados pela Visa municipal sobre os objetos de interesses da vigilância sanitária presentes nas ILPIs: a) alimentos utilizou-se como referência a Resolução de Diretoria Colegiada da Anvisa nº 216 de 2004 a qual dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação; b) medicamentos e serviços de cuidados de enfermagem utilizou-se como referência a Resolução de Diretoria Colegiada da Anvisa nº 283 (2005) que aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial, e Resolução de Diretoria Colegiada da Anvisa nº 63 (2011) que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde; c) resíduos gerados nos estabelecimentos em questão, foram

observados preceitos da Resolução de Diretoria Colegiada da Anvisa nº 306 (2004) que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde; d) estrutura física, a Resolução de Diretoria Colegiada da Anvisa nº 283 (2005). O estudo contempla também análise das documentações técnico-sanitárias e instrumento de avaliação Modelo da Anvisa. Os dados referentes aos três momentos analisados foram dispostos em uma Matriz de Análise (anexo A) e seu preenchimento deu-se considerando as categorias observadas nos três diferentes momentos, segundo instrumento de observação da Anvisa, notificações e relatórios técnicos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Documentações Técnico Sanitárias: No quadro abaixo (quadro 1) tem-se o registro das documentações exigidas pela Visa junto às instituições do estudo mediante notificações exaradas. Os dados trazidos à discussão apontam o que foi observado pela equipe técnica ao longo de suas ações junto às instituições.

Quadro 1: Documentações Técnico Sanitárias: Anotações em relatórios técnicos permitiram avaliar que o livro de registro dos procedimentos de enfermagem foi utilizado regularmente, desde 2015, em seis das oito instituições analisadas. Posteriormente, mais duas ILPIs passaram a adotá-lo como instrumento de trabalho, sendo que em uma destas, o livro em 2016 e 2017 apresentou-se desatualizado, necessitando de ajuste quanto ao acompanhamento do serviço. Este instrumento serve para informar e manter atualizados diariamente todos os membros da equipe de enfermagem quanto aos procedimentos realizados em cada idoso permitindo troca de informações, avaliação contínua do paciente e planejamento da assistência. No âmbito da Visa este registro permite verificar se os idosos estão sendo devidamente acompanhados pelo serviço de enfermagem e possibilita verificar ocorrência de algum evento adverso.

A equipe da Visa local considerou também a existência de Manual de Rotinas e Procedimentos elaborado pelos profissionais ou responsáveis. Este documento indica como se processa o trabalho diário no ambiente das instituições. No manual devem constar todos os POP's (procedimento operacional padrão) onde são descritas como são realizadas as diversas atividades (serviços de higienização, cuidados com os idosos, lavanderia etc). Constitui-se em importante documento a ser avaliado pela equipe de Visa verificando se estão corretos e, mediante inspeção, se vem sendo devidamente aplicado pelo estabelecimento.

Em relação ao Plano de Atenção Integral à Saúde dos Idosos, só foi identificada sua solicitação pela equipe de vigilância sanitária a partir da terceira inspeção às ILPIs ainda que três instituições já tivessem o referido plano. Segundo o instrumento da Anvisa, este documento deveria ser elaborado juntamente com a equipe do Distrito Sanitário, mas as instituições o elaboraram de forma isolada. Constatou-se que as ILPIs, cuja gestão está sob a responsabilidade técnica e/ou seus proprietários têm formação na área de Enfermagem, sempre possuíram o plano (três instituições da amostra deste estudo).

Quadro 1 - Documentação técnico sanitária e cuidados com os idosos

TOTAL DE ILPIs DA PESQUISA = 8		MOMENTOS DE ANÁLISE		
		2015	2016	2017
DIMENSÃO	VARIÁVEIS	Nº ILPIs COM DOCUMENTAÇÃO		
Documentação Técnico Sanitária e Cuidados com os Idosos	Responsabilidade Legal	8	8	8
	Responsável Técnico	6	7	7
	Licença Sanitária	1	3	5
	Livro de Registro de Procedimentos de Enfermagem	6	8	8
	Registro atualizado dos idosos	8	8	8
	Manual de Rotina e Procedimentos Cuidados Idosos	4	6	7
	Programa de Gerenciamento de Resíduos de Saúde	6	6	6
	Contrato com Empresa recolhimento dos resíduos	4	4	4
	Controle Integrado de Pragas	5	8	5
	Higienização de Reservatório de água	4	8	5
	Análise microbiológica da água	3	5	8
	Manual de Boas Práticas de Alimentação	3	5	5
	Vacinação dos Idosos	7	8	8
	Treinamento atualizado de Pessoal em Gerontologia	5	4	5
Plano de Atenção Integral à Saúde dos Idosos	3	5	7	

De acordo com informações do Modelo avaliativo da Anvisa todas as ILPIs do estudo possuem arquivo e realizam o registro atualizado dos residentes. Sabe-se que a gerontologia é uma das áreas do conhecimento da Enfermagem e, dentre as diversas atividades do profissional enfermeiro, está o acompanhamento dos pacientes mediante utilização de prontuários. Para Smanioto e Haddad (2013), a padronização dos prontuários de idosos

institucionalizados permite um acompanhamento individual e a detecção de possíveis efeitos adversos a medicamentos. Segundo esses autores o uso de medicamentos traz benefícios, mas também riscos e o cuidado na sua administração deve ser realizado por uma equipe de profissionais capacitada face à maior probabilidade de ocorrência de reações adversas nos indivíduos idosos. Entendemos que todas as documentações referentes aos serviços de enfermagem e que incluem os cuidados com os medicamentos nas ILPIs sejam, portanto extremamente importantes no controle dos riscos.

O treinamento de pessoal em gerontologia tem por objetivo manter equipe técnica atualizada nos aspectos referentes ao processo de envelhecimento e novas técnicas aplicadas ao cuidado especializado. Treinamentos e/ou capacitações realizados com maior frequência tendem a melhorar a qualidade dos serviços. Nesta pesquisa o quadro 1 informa grande irregularidade quanto à realização e periodicidade destes treinamentos.

No caso das ILPIs deste estudo, as mesmas solicitam a vacinação dos idosos a uma unidade de saúde mais próxima do município, havendo comprovação do serviço executado mediante apresentação de carteiras dos residentes à equipe de inspeção. A maioria das Instituições do estudo desenvolve atividade de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde e algumas possuem contrato com empresa recolhadora destes resíduos. Em duas ILPIs o gerenciamento dos resíduos se faz pelo serviço de Home Care (nestas instituições há pacientes nesta condição) o qual se responsabiliza pelo descarte.

Foram apresentadas à equipe técnica, comprovação dos serviços de Controle Integrado de Pragas realizado por empresas especializadas, possuidora de responsável técnico e com licença sanitária. Dados apontam falta de regularidade quanto à periodicidade na execução destes serviços por parte de algumas instituições. Ressalta-se a importância deste serviço tendo em vista a necessidade de se manter o ambiente livre de pragas urbanas contribuindo para melhor habitabilidade do local, evitando-se transmissão de doenças e contaminação dos alimentos. No entanto, a colocação de produtos químicos por si só, não garante a efetividade da ação em virtude de serem comumente necessárias intervenções de caráter corretivo no ambiente.

No quesito higienização do reservatório de água, 50% das ILPIs da amostra em 2015 não realizaram o serviço. Este item foi atendido por 100% das instituições no ano de 2016 e em

2017 três ILPIs ainda não tinham contratado este serviço como um requisito de manutenção importante do ponto de vista sanitário. Entendemos o achado dentro da condição de normalidade uma vez que as análises foram realizadas em três momentos com intervalo de aproximadamente seis meses.

Complementarmente a esta ação, verificou-se se as ILPIs realizavam análise microbiológica da água. Três delas sempre realizaram tal análise, independentemente de notificação da equipe de vigilância. Entendemos ser importante a realização de análise da água em pontos específicos das áreas de produção, a exemplo da área de preparação de alimentos, espaço que se deve ter maior controle buscando assegurar a qualidade dos serviços de alimentação.

Os laudos das análises realizadas não apontaram inconformidades relativas à qualidade da água, de acordo com relatórios técnicos. Considerando-se que o intervalo de análise dos três momentos, mediante aplicação do instrumento da Anvisa, ocorreu aproximadamente a cada seis meses, os dados apontam que parte das instituições adotou cuidados com a água de abastecimento quanto à sua qualidade, potabilidade e armazenamento temporário como itens a serem realizados, independentemente da exigência da Vigilância Sanitária.

3.1 O cuidado sanitário

Neste estudo consideramos uma primeira aproximação à noção do que se possa constituir o cuidado em Vigilância Sanitária como “conjunto de procedimentos/intervenções tecnicamente orientados, voltados à prevenção e controle dos riscos e agravos, relacionados aos seus objetos com objetivo de promover saúde e proteger a população”. Nas instituições deste estudo analisou-se como se processa o cuidado sanitário sobre algumas categorias de interesse da Visa. Estas foram selecionadas adotando-se o critério do risco sanitário. Consideraram-se os medicamentos como primeira categoria de análise. Nesta pesquisa o campo dos medicamentos nas ILPIs foi analisado junto aos serviços de cuidados em assistência de enfermagem, em virtude destes insumos estarem comumente acondicionados em estrutura semelhante a pequenas unidades de enfermagem.

São produtos farmacêuticos com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico. Medicamentos podem ser potencial causador de dano, incluindo óbito, capazes de representar um fator de risco potencial para a saúde em especial nessa fase do ciclo de

vida. Sendo assim, a função protetiva do Estado por meio de intervenções da VISA torna-se imperiosa quanto ao controle dos riscos.

Na consulta ao modelo da Anvisa constatou-se haver em todas as instituições idosos com incapacidades e doenças crônico-degenerativas. Portanto, usam medicamentos de forma regular, achado que corresponde aos estudos de Alves *et al* (2007). Segundo os autores, a maior prevalência destas doenças na população representa mudança no perfil de morbidade e mortalidade na qual há um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam mais vulnerabilidade às doenças crônicas e, conseqüentemente, fazem uso de medicamentos.

Acordamos com os estudos de Passareli e Jacob Filho (2007) no que se refere a relacionar a longevidade ao avanço da medicina e ao uso de medicamentos. Necessita-se, entretanto, de cautela no uso dos medicamentos face aos riscos que possam representar aos idosos que comumente os consomem regularmente. A não observância deste requisito pode piorar as condições de vida desta população pelo grande número de reações adversas aos medicamentos (RAM's) que podem acometê-los.

É mister tecer algumas considerações acerca dos eventos adversos. Lima Neto *et al* (2014), apontam a necessidade, por parte da equipe que atua dentro dessas instituições (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, cuidadores e outros profissionais), de apresentar um olhar especial para esta questão e oferecer os cuidados necessários para uma administração de medicamentos segura e livre de erros.

O instrumento da Anvisa utilizado neste estudo não apresenta itens referentes aos eventos adversos relativos aos medicamentos, desconsiderando aspectos importantes para a farmacovigilância cujo principal objetivo consiste em identificar de forma precoce sinais de risco à saúde pública, sobretudo causada por reações adversas relacionadas ao uso de medicamentos. O instrumento apresenta, portanto, falha relevante face ao consumo regular de medicamentos pelos idosos o que representa maior probabilidade de ocorrência deste evento. O referido instrumento também não atende ao quesito classificação dos medicamentos, bem como o quantitativo utilizado por idoso, o que representa outra importante lacuna neste estudo uma vez que a polifarmácia é sistematicamente sinalizada em diversos trabalhos como fator de risco para ocorrência de quedas em pacientes idosos.

Para análise do cuidado aos medicamentos nas ILPIs, considerou-se como um dos critérios, a responsabilidade técnica sobre este insumo. Nesta pesquisa os dados apontaram a presença de responsáveis técnicos nas áreas de enfermagem (cinco ILPIs), fisioterapia e Serviço Social (duas ILPIs). Em todas as ILPIs há medicamentos para dispensação aos residentes, mas nenhuma delas possui farmacêutico em seu quadro funcional. Apenas duas instituições possuem profissional geriatra para acompanhamento dos idosos (em uma das ILPIs este profissional é custeado pelo idoso e/ou sua família). Uma das instituições ainda não conta formalmente com responsável técnico (RT) mas tem o suporte de uma Assistente Social como voluntária. Estes achados infelizmente apontam falta de unanimidade na escolha do profissional enfermeiro para assunção da responsabilidade técnica frente às instituições. É essencial ressaltar que a administração das medicações usadas pelos residentes nas ILPIs insere-se nas normas e rotinas como uma atribuição do corpo técnico. O Decreto Lei nº 94.406/87 (1987) determina a administração de medicamentos ser atribuição do auxiliar de enfermagem, e responsabiliza o enfermeiro pela supervisão, orientação e direção desta atividade.

Neste sentido, Yamanaka *et al.* (2007) apontam a responsabilidade de todos os envolvidos na implementação da terapêutica medicamentosa quanto à prevenção de possíveis erros de medicação e promoção de práticas seguras e de qualidade para os pacientes. Os autores apontam inúmeros trabalhos que reconhecem a importância do emprego dos “nove acertos” como medida a ser utilizada pelo profissional, voltada à segurança do paciente. O emprego dos “nove acertos” considera: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, tempo certo, validade certa, abordagem certa e registro certo, durante o preparo e administração de medicamentos. A etapa de administração é a última barreira para evitar um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação, aumentando a responsabilidade do profissional que executa tal tarefa. O controle de dispensação de medicamentos não consta no instrumento da Anvisa constituindo-se em lacuna neste estudo. Também não há dado nesta investigação que aponte controle efetivo quanto à dispensação dos medicamentos no ambiente das ILPIs.

Em relação à guarda dos medicamentos controlados, dados apontam a equipe da Visa ter considerado não apenas os medicamentos controlados, mas todos os que se encontravam sob posse das instituições. Infere-se que, possivelmente, esta atividade ocorre em caráter compartilhado com os gestores, porque os responsáveis técnicos têm apenas 20 horas de

trabalho semanal. Ainda que o instrumento utilizado na pesquisa não esmiuçasse algumas questões relativas à guarda dos medicamentos considerando-se, por exemplo, sua organização, os relatórios técnicos apontaram que os mesmos estavam organizados. Esta organização não utilizou o critério de ordem alfabética, mas o acondicionamento em caixas individualizadas, devidamente identificadas com os nomes dos idosos em todas as instituições do estudo possibilitando maior controle. Conforme últimos dados registrados em 2017, atualmente todos os estabelecimentos guardam corretamente os medicamentos em armários com chave localizados em estrutura semelhante a postos de enfermagem.

Quadro 2 - Categoria Medicamentos e Posto de Assistência em cuidados de Enfermagem

TOTAL DE ILPI'S DA PESQUISA = 8		Nº ILPI'S		
		2015	2016	2017
DIMENSÕES	VARIÁVEIS	Nº DE ILPI'S QUE ATENDEM AOS REQUISITOS		
Medicamentos / posto de enfermagem	Possui estrutura semelhante a posto de enfermagem	6	8	8
	Possui pia e acessórios para lavagem das mãos	7	7	7
	Caixa de materiais pérfuro-cortantes	6	6	6
	Armário com chave para guarda de medicamentos controlados	6	8	8
	Prazo de validade dos medicamentos	7	8	8
	Prescrição dos medicamentos	6(2P)	8	8
	Separação de forma individualizada dos medicamentos por residente	8	8	8
Observações	Guarda compartilhada. Armários para qualquer tipo de medicamento. P = atende em caráter parcial			

Quanto à validade dos medicamentos, consta em relatório técnico a presença de alguns de uso comum com prazo expirado em apenas uma instituição no ano de 2015. Nos demais momentos de análise não foram verificados medicamentos vencidos de posse das instituições. Mediante consulta a pastas individuais dos prontuários dos idosos pela equipe da VISA, em caráter amostral, constatou-se presença de prescrições dos medicamentos (receitas) em todas as ILPIs. Apenas em 2015 este registro se deu de forma parcial em duas instituições. Em 2016

e 2017, de acordo com dados constantes no instrumento da Anvisa, não se verificaram inconformidades quanto às prescrições.

A estocagem qualificada dos medicamentos deve considerar aspectos como: armazenagem livre de agressores, ordenação de medicamentos de forma lógica e de fácil identificação, armazenagem por ordem alfabética com rotulagem de frente, manutenção de embalagens, empilhamento máximo permitido para o produto, respeitar temperatura de conservação, ventilação e luminosidade e outros diversos aspectos (BRASIL, 2006). Nas ILPIs analisadas não constam informações sobre luminosidade e climatização dos locais onde este insumo permanece acondicionado, não sendo possível inferir considerações acerca destes critérios de armazenamento, o que se constituiu uma lacuna no estudo. No entanto, a determinação de construção de apenas dois postos de enfermagem pelo setor de pré-vistoria, possivelmente indica que, os já existentes não apresentem inconformidades que comprometam a integridade dos medicamentos. Em 2015, exigiu-se de três instituições que, neste local de suporte técnico, fosse instalado pia exclusiva para lavagem das mãos com acessórios (porta papel toalha, porta sabão líquido), bem como bancada, armários, suporte para caixa de pérfuro cortante, lixeira com tampa e pedal. As demais instituições do estudo (cinco ILPI's) apresentavam estrutura sanitária adequada em posto de apoio de enfermagem.

3.2 Cuidados assistenciais aos idosos

Neste quesito, colheram-se dados referentes à supervisão dos serviços por um responsável técnico e Composição da Equipe de Profissionais que prestam cuidados assistenciais aos idosos a fim de verificar se as instituições atendem à RDC 283/2005, RDC 63/2011 e à recomendação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2003).

Em relação à obrigatoriedade da responsabilidade técnica na supervisão e coordenação dos serviços prestados por meio de contrato formal com este profissional e carga horária mínima de 20 horas semanais, observou-se que apenas duas ILPIs, no primeiro momento da análise, apresentaram documento formal com Responsável Técnico devidamente contratado.

Em quatro delas, a responsabilidade técnica cabia a seus proprietários-enfermeiros (três ILPIs) e Assistente Social (uma ILPI). Neste caso, estes profissionais cumpriam carga horária maior que 20 horas semanais em virtude da dedicação diária e praticamente exclusiva na

administração de seus estabelecimentos. As demais (duas ILPIs), no ano de 2015 possuíam profissionais de nível superior das áreas técnicas de Assistência Social e Enfermagem, mas estes não respondiam formalmente pelas instituições junto à Vigilância Sanitária como RT. Constatou-se haver contrato formal de uma destas instituições com o profissional de enfermagem no ano de 2016 e 2017. No ano de 2017 apenas uma ILPI não possuía contrato formal com um RT, mas contava com uma Assistente Social atuando como consultor em caráter voluntário. O quadro abaixo mostra o número de instituições que contam com as categorias profissionais em cada momento de análise.

Quadro 3 - Quadro de profissionais nas ILPIs

TOTAL DE ILPIs DA PESQUISA = 8		MOMENTOS DE ANÁLISE		
		2015	2016	2017
DIMENSÃO	VARIÁVEIS	NÚMERO DE ILPIs QUE CONTAM COM O PROFISSIONAL		
Recursos humanos	Enfermeiro	7	7	6
	Médico	2	2	2
	Assist social	2	3	2
	Ter ocupacional	1	1	1
	Nutricionista	3	7	8
	Psicólogo	0	2	1
	Fonoaudiólogo	0	0	0
	Fisioterapeuta	8	6	6
	Técnico ou aux de enfermagem	6	6	6
	Cuidadores	8	8	8
	Farmacêutico	0	0	0
	Cirurgião-dentista	0	0	0
	Pedagogo	1	1	1
	Músico terapeuta	1	0	0

Três ILPIs deste estudo mantêm em seu quadro funcional, desde o ano de 2015, profissional da área de nutrição em caráter permanente mediante contrato. Quatro ILPIs passaram a contar com este profissional a partir do ano de 2016 em caráter de consultoria e uma das ILPIs apenas inseriu este profissional em seu quadro funcional no ano de 2017, também em caráter de consultoria. Em todos os casos, o profissional de nutrição desempenha atividades a exemplo de: elaboração de cardápio dos idosos, treinamento de pessoal em boas práticas de

alimentação, elaboração de Manual de Boas Práticas e acompanhamento nutricional dos idosos. Estes achados em relação à pequena participação da nutricionista no quadro de profissionais são apontados nos estudos de Viana (2000). O autor constatou que muito embora as instituições atendessem às recomendações da RDC 216/2004 (estrutura física, operacional e organizacional) ainda apresentavam aspectos falhos (desconhecimento da legislação e riscos envolvidos na produção de alimentos) e atuação pouco significativa ou mesmo inexistente do nutricionista.

Verificou-se que apenas duas ILPIs contam com profissional geriatra no acompanhamento dos idosos, mediante contrato direto com as famílias e os assistem no próprio ambiente institucional. A presença deste profissional no corpo de profissionais da instituição viabiliza atenção diferenciada ao idoso podendo se constituir em um atendimento mais rápido aos residentes. Neste estudo em apenas três instituições constatou-se a presença de Pedagoga, Terapeuta Ocupacional e Musicoterapeuta que desenvolviam atividades lúdicas com os residentes, mas com carga horária inferior a doze horas semanais. Em algumas instituições ficava ao encargo dos cuidadores executar tais atividades, as quais ocorriam ocasionalmente e sem planejamento. Este achado corresponde à constatação de Menezes et al (2008) de que idosos institucionalizados, em geral, dispõem de poucas atividades físicas para participarem, agravando assim um ciclo no qual o envelhecimento acarreta uma menor capacidade funcional e conseqüente sedentarismo. Inúmeros trabalhos apontam a importância em se inserir profissional para desenvolver atividades físicas com os idosos, retirando-os da inércia e ociosidade tão utilizadas como tema central em artigos que abordam o mundo do idoso institucionalizado com enfoque sociológico. Neste aspecto, a grande maioria das instituições do estudo não atende ao preconizado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) (2003) e Estatuto do Idoso (2003) que sinalizam a importância de se adotar medidas que estimulem a autonomia dos idosos atendendo à Política de Envelhecimento Ativo proposta pela Organização Mundial de Saúde.

3.3 Estrutura física

O cuidado em Vigilância Sanitária na dimensão da estrutura física teve como principal foco de atenção a proteção da saúde mediante análise dos instrumentos de observação sistemática dos ambientes e dos relatórios das inspeções sanitárias. Todas as instituições possuíam Alvará de Localização e Funcionamento emitido pela SUCOM. Porém, o Código Nacional de

Atividade registrado neste documento não correspondia ao código de Instituições de Longa Permanência, mas de local de hospedagem, sem nenhuma especificação. As condições estruturais das ILPI's mesmo que inicialmente não estivessem adequadas para abrigarem os idosos, conseguiram, ao longo do período deste estudo melhorá-las apesar da obtenção da Licença de Localização e Funcionamento inicial tenha sido obtida sem atender, plenamente, as exigências dos órgãos reguladores dessas instituições. Os imóveis onde funcionam as ILPIs deste estudo, em sua grande maioria, são casas residenciais alugadas não atendendo, portanto às necessidades dos idosos. Esta condição requereu avaliação criteriosa por parte da Vigilância Sanitária uma vez que, via de regra, houve necessidade de adequações do ambiente visando atender às questões envolvendo a mobilidade e proteção/segurança aos residentes.

Ainda que a grande maioria das instituições tenham iniciado seu funcionamento sem adequações em seu espaço físico dados desta pesquisa apontam a atuação da Vigilância Sanitária exigindo a realização das mesmas como condição prioritária ao funcionamento. Face à complexidade do item infraestrutura creio ser absolutamente necessária a realização de ações conjuntas dos dois órgãos responsáveis pelo licenciamento deste tipo de atividade e que as licenças devam estar atreladas entre si, para maior proteção à pessoa idosa.

As ILPIs, conforme Lei Municipal 5.504/99 (1999), Código Municipal de Saúde, classificam-se na categoria de estabelecimentos de interesse à saúde e devem, obrigatoriamente, passar por análise de pré-vistoria coordenada por vigilantes das áreas de engenharia e/ou arquitetura para iniciarem processo junto à Vigilância Sanitária. No presente estudo, utilizou-se a RDC 283/2005 (2005). A norma acima referida orienta os padrões mínimos acerca do tamanho das áreas bem como graus de inclinação das rampas de acesso, instalação de artefatos com objetivo de garantir o uso dos espaços com segurança por parte dos residentes. Menezes et al (2008) relacionam os fatores extrínsecos aos perigos ambientais, devido às inadequações arquitetônicas e de mobiliário, que a maioria dos idosos está exposta. Sendo assim, considera-se que a estrutura física do imóvel ocupa posição relevante em relação ao cuidado aos idosos por parte da Vigilância Sanitária. A este órgão cabe verificação, por meio de inspeção e mediante aplicação de instrumentos próprios, exigir cumprimento de normas de segurança por parte das instituições, considerando-se que a avaliação e intervenção sobre fatores de risco, incluindo os de natureza ambiental, fazem parte do seu escopo de atuação.

Os fatores ambientais presentes nas ILPI's foram analisados com enfoque no controle de risco visando proteção aos idosos. Em todas as instituições foram necessárias adequações nos ambientes interno e externo com vistas à proteção dos idosos salvaguardando seu direito à moradia segura conforme previsto no Estatuto do Idoso (2003), bem como o que está previsto na RDC 283/2005 (2005) da Anvisa. Ressalta-se neste estudo, o cuidado no acompanhamento das alterações nas estruturas físicas pela equipe de Vigilância Sanitária do Distrito de Itapuã. Foram analisados aspectos da estrutura física que se constituem importantes elementos de proteção/segurança aos seus residentes a saber: tipo do imóvel, iluminação, aspectos das superfícies, corrimãos em banheiros e corredores internos e externos, condição de acessibilidade/circulação pelos ambientes. No acesso às informações constantes em processos de pré-vistoria cinco ILPI's funcionavam em imóveis com dois pavimentos enquanto três eram térreas permitindo, portanto, utilização mais segura para seus residentes. Entendo ser mais adequado um espaço térreo para funcionamento deste tipo de serviço dada a dificuldade de locomoção dos idosos. Neste estudo, no entanto verificou-se haver adaptações por parte das instituições a esta situação de modo a permitir a utilização dos espaços pelos residentes. A primeira instituição possuía rampa de acesso e elevador e já contava com Alvará Sanitário no ano de 2015. A segunda, até janeiro de 2017, só tinha permissão para funcionar no pavimento inferior em virtude de não haver acesso ao primeiro andar, mas a partir de fevereiro deste mesmo ano instalou pequeno elevador. A terceira organizou sua estrutura de modo a destinar ao pavimento superior os serviços de lavanderia, vestiário, banheiro e área de descanso de funcionários, cozinha, despensa e almoxarifado e os idosos ocupam o andar térreo. Posteriormente, esta instituição pretende, em um dos pavilhões, construir rampa para utilização do andar superior pelos residentes. A quarta ainda está em processo de pré-vistoria e foi edificada rampa para acesso ao pavimento superior. A quinta tem andar superior que não é ocupado pelos idosos, mas pela proprietária do estabelecimento como moradia. As outras três instituições funcionam em ambiente térreo.

No estudo em questão, nas áreas dos banheiros (vide quadro 3) para uso dos idosos, constatou-se efetividade da equipe de engenharia da VISA na exigibilidade de itens de segurança indispensáveis à sua utilização. Elencaram-se os aspectos relativos às áreas dos dormitórios, a saber: luz de vigília, campainha de alarme, grades de proteção nos leitos e integridade das paredes.

Em 2017 todas as instituições possuíam banheiros adaptados à utilização pelos seus residentes, mas em três delas havia rachadura em piso de Box, sinalizando necessidade de manutenção preventiva frente à alta utilização e desgaste. Na consulta aos processos de pré-vistoria constatou-se em algumas ILPI's demora na adequação nestas áreas. Possivelmente esta demora deveu-se ao custo gerado, tendo em vista a necessidade de reformas e em cinco das instituições foi necessária a construção deste cômodo para atender satisfatoriamente à RDC 283/2005 (2005).

Apenas uma ILPI do estudo já contava com infraestrutura adequada no ano de 2015 por estar em processo de renovação do Alvará Sanitário. Siqueira e colaboradores (2007) sinalizam que a prevenção é importante no sentido de minimizar problemas secundários decorrentes de quedas. De acordo com Gallo (2001) muitos perigos podem ser eliminados através de adequada iluminação, corrimões e barras de apoio, pisos com superfícies não escorregadias e a remoção de obstáculos, sendo que áreas como banheiros e escadas requerem mais atenção. As quedas segundo Borges et al (2009) e Araújo et al (2017), podem estar relacionadas ao processo de institucionalização dos idosos. Ao mudar de ambiente, alguns idosos tendem a desorientação espacial o que pode contribuir para o aumento desse tipo de acidente.

Quadro 4 - Estrutura física de dormitórios, banheiros e áreas de circulação interna e externa

TOTAL DE ILPI'S DA PESQUISA = 8		MOMENTOS DE ANÁLISE		
		2015	2016	2017
DIMENSÃO	VARIÁVEIS	Nº DE ILPIS QUE ATENDEM ÀS NORMAS		
Dormitórios	Existe na instituição luz de vigília	5	6	6
	As camas possuem grades de proteção	4	6	7 (1P)
	Dotados de campainha de alarme/similar, caso o idoso necessite solicitar auxílio	3	5	6
	Apresenta paredes íntegras, sem rachaduras, trincas e/ou infiltrações	1	7	7
Banheiros	Possuem barras de segurança (apoio) nos boxes e perto das bacias sanitárias	1	7	8
	Os banheiros não possuem desníveis	4	7	8
	O revestimento encontra-se íntegro (piso, parede e teto) e sem brilho	6	8	5
Áreas de circulação	Circulações internas possuem corrimão	3	8	8
	Corredores e ambientes de maior circulação não apresentam obstáculos nas áreas de passagem	7	8	8
	As circulações externas, caso existam, possuem piso íntegro, sem desnível	6	8	8
	Circulações externas possuem corrimão	4	8	8

É obrigatória a instalação de luz de vigília nos dormitórios, banheiros, áreas de circulação, no primeiro e no último degrau da escada (ESTATUTO DO IDOSO, 2003). Como uma das consequências do processo de envelhecimento tem-se a redução da acuidade visual, portanto ambientes mal iluminados ou em período noturno sem iluminação de suporte podem representar risco à segurança dos idosos. A presença de iluminação adequada nos dormitórios pode reduzir significativamente a ocorrência de quedas sobretudo à noite. De acordo com

Pascale (2002), os níveis de iluminação devem ser aumentados para compensar a perda de acuidade visual próprios do processo de envelhecimento humano. Em duas instituições a luz de vigília estava presente em corredores e não nos dormitórios. Em relação à campanha de alarme, duas instituições ainda não tinham instalado o artefato e encontravam-se ainda em processo de pré-vistoria. Na maioria das ILPI's não havia campanha de alarme para cada cama, mas em local estratégico na área do dormitório.

Observou-se nos relatórios de inspeção, a solicitação por parte da equipe técnica da Visa, que todas as instituições dispusessem de grades nos leitos, conforme previsto na norma. Entende-se que essa exigência não é necessária a todos os leitos e sim aos idosos com necessidade deste suporte de segurança. A grade pode representar um fator de restrição à liberdade daqueles que possuam autonomia motora. Ademais, o uso indevido dessa proteção poderá ser um dificultador de uma possível evacuação, de urgência, do local.

O cuidado da VISA em relação às áreas de circulação interna (vide Quadro 3) ateu-se à presença de barras de apoio em paredes e ausência de fatores impeditivos à livre passagem. Em relação às áreas de circulação externa do imóvel consideraram-se: tipo, natureza e declividade do piso além de corrimãos.

O resultado obtido após ações da equipe da Visa mostra efetividade no quesito segurança nos ambientes com adequação dos espaços por parte de todas as ILPI's do estudo à RDC 283/2005 (2005) ao final de 2017 de acordo com o quadro abaixo.

Ao final de 2017, como resultado geral das intervenções realizadas pela equipe da VISA do DS Itapuã no quesito estrutura física tem-se: das oito ILPI's analisadas, cinco delas apresentam-se em conformidade com os padrões da RDC 283/2005 (2005), duas se encontram em processo de adequação e uma delas já teve aprovada sua estrutura física estando em vias de processo de licença inicial. Em relação à condição estrutural das ILPI's do estudo percebe-se que as medidas adotadas pela equipe técnica corroboram com os estudos de Cattelan e colaboradores (2007). Para eles, em uma instituição de longa permanência (ILPI), é necessário que o ambiente seja adequado atendendo às principais limitações funcionais do idoso, garantindo-lhe conforto, segurança e independência para a realização de suas atividades diárias.

3.4 Alimentos

O cuidado realizado pela Visa quanto aos alimentos tem sido realizado principalmente, pela exigência de Boas Práticas de Alimentação e o controle de riscos decorrentes do preparo e consumo dos mesmos. Procedimentos incorretos de manipulação de alimentos podem causar doenças transmitidas por alimentos e água (DTA) cujos sintomas mais comuns são: vômitos e diarreias. Podem surgir também dores abdominais, dor de cabeça, febre, alteração da visão, dentre outros. Para adultos sadios, a maioria das DTA's dura alguns dias e não deixa sequelas; para pessoas mais susceptíveis, como crianças, idosos, gestantes e enfermos, as consequências podem ser mais graves, podendo levar à morte. Em se tratando de residências de idosos, nas quais há produção de alimentos, a cobrança deste item pela VISA é imprescindível para o controle efetivo de riscos. Não há nos documentos institucionais informações referentes à ocorrência de DTA nos idosos.

Neste estudo colheram-se dados referentes às condições higiênico sanitárias das áreas de produção dos alimentos, documentação referente ao acompanhamento nutricional dos idosos por profissional, implementação de Boas Práticas do Serviço de Alimentação nas ILPI's, estrutura do ambiente de produção e armazenamento dos alimentos, condição dos funcionários em relação ao fardamento, comprovação de capacitação dos manipuladores de alimentos em relação às Boas Práticas de Serviços de Alimentação. O quadro 5 traz uma análise comparativa entre as ILPI's que possuem nutricionista em seu quadro funcional permanente (três ILPI's) e as que possuíam vínculo precário com este profissional (4 ILPI's consultoria e 1 ILPI voluntariado).

Do total de oito instituições três delas sempre contaram com nutricionista. Nestas três ILPI's os dados apontam possuírem Manual de Boas Práticas, capacitação de manipuladores (em 2015 e 2017), presença de cardápio, oferta de seis refeições diárias e dietas especiais para idosos que dela necessitavam.

Dados apontam nos três momentos de análises nestas instituições haver conformidade em relação ao fardamento de funcionários, uso de sanitizante, alimentos identificados e organização de mantimentos, além de POP's constando orientação para utilização dos sanitizantes.

As três ILPI's sempre atenderam às exigências RDC 216/2004 (2004) quanto à existência de telas milimetradas nas janelas da cozinha e baldes de lixo com tampa e acionamento por pedal.

Dado constante em notificação aponta apenas uma ILPI não atender ao quesito separação dos alimentos crus/cozidos sob refrigeração, e organização dos mesmos por gênero no ano de 2017. Comumente este item é desrespeitado nos serviços em que não há o profissional nutricionista, face ao desconhecimento dos manipuladores quanto à importância deste armazenamento, considerando-se o gênero e o estado em que os alimentos se encontrem (crus/cozidos) no controle do risco.

Em nenhuma notificação exarada pela equipe da Visa nas ILPI's do estudo havia item referente à adequação do uso do sanitizante, podendo-se inferir que em inspeção não foi constatada irregularidades na utilização do mesmo pelos manipuladores.

É possível inferir a pouca importância que o item lavagem das mãos ocupa junto às gestões das ILPI's em geral, sobretudo em relação ao abastecimento dos acessórios. Isto não deveria ocorrer frente ao risco que a ausência destes itens representa no processo de produção de alimentos.

Quadro 5 - Quadro comparativo boas práticas em serviços de alimentação

Nº DE ILPI'S DA PESQUISA = 8		MOMENTOS DE ANÁLISE					
		2015	2016	2017	2015	2016	2017
DIMENSÃO	VARIÁVEIS	ILPI'S COM NUTRICIONISTA QUADRO FUNCIONAL (3)			ILPI'S COM NUTRICIONISTA CONSULTORIA (4) E VOLUNTÁRIA (1)		
Alimentos	Pia exclusiva para lavagem das mãos com acessórios	3	3	2 (ac)	4 (0 ac)	4 (2 ac)	4 (2 ac)
	Funcionários usam fardamento completo	3	3	3	2	5	5
	O responsável pelas atividades de manipulação dos alimentos e os manipuladores comprovadamente capacitados	3	1	3	0	3	3
	Há sanitizante disponível para os profissionais	3	3	3	1	5	5
	Organização dos alimentos sob refrigeração separados por gêneros	3	3	2	0	4	3
	Separação entre alimentos crus/cozidos sob refrigeração	3	3	2	1	5	5
	É assegurado aos idosos o fornecimento de alimentação, respeitando os aspectos relacionados à saúde (no mínimo seis refeições diárias)	3	3	3	5	5	5
	Existe cardápio de dietas especiais elaborado e assinado por nutricionista	3	3	3	0	3	4
	Produtos sob refrigeração com etiqueta de identificação	3	3	3	1	5	5
	Instituição possui e aplica o Manual de Boas Práticas e POP's	2 (1 P)	3	3	0	3	3
	Presença de telas nas aberturas/janelas	3	3	3	0	4	4
Lixeiras com tampa e pedal	3	3	3	2	5	5	
OBSERVAÇÕES		ac = acessórios de pia; P = atende parcialmente					

O vínculo precário estabelecido entre algumas instituições e profissionais de nutrição pode ser o reflexo direto do desconhecimento do risco deste serviço no ambiente da ILPI pelos gestores ou falta de condições para contratação efetiva do profissional. Reflete também a subdimensão da ILPI no contexto do risco alimentar face à baixa ou nenhuma capacitação de seus profissionais (manipuladores de alimentos). Corroborando com a assertiva acima, os dados em notificações apontam a capacitação dos manipuladores nestas ILPIs ter ocorrido de forma não habitual (treinamento parcial em 2016 das ILPIs com nutricionista e ausência de treinamento em 2015 nas ILPIs com vínculo precário com o referido profissional). Relatórios técnicos referentes às ILPIs com vínculo precário com nutricionista no ano de 2015 (primeira análise) apontam desconhecimento de itens relevantes da RDC 216/2004 (2004) inferindo a produção de alimentos ocorrer de forma doméstica, sem qualificação e com poucos cuidados. Existem evidências de que o consumo alimentar entre idosos institucionalizados é inadequado em diversos aspectos, fator que implica a necessidade de cuidado e atenção especial, seguidos de monitoramento da situação nutricional. A ocorrência da má nutrição em idosos institucionalizados é um evento de prevalência elevada, estando associado ao maior risco de morbimortalidade, bem como à perda de função e desempenho das atividades de vida diária (PASSOS, FERREIRA, 2010).

A presença e/ou treinamento de pessoal por nutricionista no ambiente das ILPIs confere melhor qualidade da alimentação servida aos residentes atendendo às suas necessidades e limitações próprias do envelhecimento. Entretanto, a RDC 283/2005 (2005) e a RDC 216/2004 (2004) não exigem a presença deste profissional no quadro efetivo de pessoal. Buscando melhor controle dos riscos, a equipe de VISA exigiu treinamentos de manipuladores em boas práticas e apresentação de Manual de Boas Práticas de Alimentação com POPs com base na RDC 216/2004 (2004) como forma de garantir melhor qualidade deste serviço. Viana (2000) aponta o baixo nível de escolaridade e qualificação dos funcionários envolvidos na produção de alimentos nas ILPIs. Sem dúvida este é um forte motivo para se exigir treinamento constante dos manipuladores de alimentos.

Verificou-se que, em 2015, metade (quatro) das ILPIs deste estudo possuíam Procedimento Operacional Padrão (POP) e Manual de Boas Práticas (MBP) dos Serviços de Alimentação devidamente assinados por suas nutricionistas, três instituições passaram a utilizá-los a partir do ano de 2016; e duas instituições ainda não os elaboraram, embora seus profissionais tenham recebido treinamento. Este manual tem como objetivo descrever os procedimentos

adotados pelo setor de alimentação a fim de atender os requisitos relacionados às Boas Práticas (BP), incluindo os aspectos de higiene e saúde de manipuladores, capacitação dos mesmos, higienização e manutenção das instalações, dos equipamentos e dos utensílios dentre outros.

Depreende-se da análise dos dados coletados relativos a este grupo a necessidade de melhor compreensão dos gestores acerca da importância da Implementação de Boas Práticas nos serviços de alimentação de suas instituições, face à não regularidade de ações de controle de risco nestes serviços. Todas as instituições do estudo fornecem seis refeições diárias segundo dados do instrumento da ANVISA (2004), mas a oferta de cardápio de dietas especiais no grupo com vínculo precário com profissional de nutrição se deu de forma parcial somente a partir de 2016 e em 2017.

Notificações exaradas no primeiro momento de análise (2015) apontam em quatro destas instituições, não se realizar sanitização em legumes/frutas e hortaliças.

Quanto aos cuidados relativos aos produtos sob refrigeração a partir do ano de 2016 todas já atendiam a este item, mediante exigência em notificações exaradas pela equipe técnica.

Na observação do quesito fardamento completo dos profissionais de serviços de alimentação constata-se mais uma vez, por meio da análise dos dados, a visão pouco profissional deste serviço por parte da gestão das ILPIs em relação a este item de suma importância no asseio pessoal. O uso de fardamento possibilita a criação de barreiras adequadas (roupas limpas, proteção de cabelos, sapatos fechados) evitando contaminação do alimento. O fardamento impede a utilização pelo funcionário de roupas de uso comum (muitas vezes a mesma que utiliza para se deslocar de casa ao trabalho) e seu uso correto previne acidentes de trabalho como cuidado a ser observado na prática diária.

Quanto às telas milimétricas nas janelas da área de produção em 2015 nenhuma ILPI atendia a este item, nos anos 2016 e 2017 quatro delas haviam colocado o artefato. As lixeiras com tampa e pedal no ano de 2015 foram adotadas por duas ILPIs, nos anos seguintes (2016 e 2017) todas as ILPIs passaram a adotar seu uso regularmente.

Creio ser interessante tecer uma crítica ao instrumento da ANVISA (2004) quanto ao item preparação correta dos alimentos. Considera-se este item, da forma como consta no referido instrumento, abordado de maneira pouco específica. Não foi possível, mediante informação constante nos dados relativos aos dois grupos analisados, verificar alguns subitens importantes deste preparo, a exemplo da técnica correta de descongelamento, etapa de grande relevância no controle do risco nos serviços de alimentação. Entendo, portanto uma falha neste instrumento em se tratando de item relevante quanto à segurança no preparo das refeições.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu observar que nas instituições cujo gestor (proprietário ou sócio proprietário) ou Responsável Técnico seja profissional da área de enfermagem, apresentam maior organização no quesito documentação técnico sanitária e maior empenho no acompanhamento e realização de ações continuadas de controle de riscos no âmbito da ILPI. Verificou-se que as ILPIs do estudo não disponibilizam aos seus residentes profissionais das áreas de Odontologia, Farmácia, Educação Física e Psicologia, cabendo à família o atendimento nestas áreas da saúde. Entende-se, portanto no aspecto da assistência integral o ambiente das ILPIs não atender de forma satisfatória ao que é preconizado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. No entendimento desta sociedade, todas as instituições deveriam dispor de equipe multidisciplinar de modo a atender plenamente as necessidades de seus residentes. No entanto a realidade aponta que mesmo a despeito de não se ter efetivamente uma equipe multiprofissional, realiza-se um cuidado assistencial satisfatório aos idosos. Ressalto que poucas ILPIs oferecem profissionais responsáveis pelo desenvolvimento de atividades lúdicas aos residentes e este fato reforça a ideia de ociosidade no ambiente da instituição e reflete a ausência de incorporação da Política do Envelhecimento Ativo e suas diretrizes. Entendemos que estas instituições se constituem em importantes locais de cuidados aos idosos.

Muitas ILPIs ainda não incorporaram a importância do nutricionista no quadro efetivo de profissionais como prioridade na condução do serviço de qualidade e controle efetivo dos riscos próprios da atividade de preparo e conservação dos alimentos, constatando-se a permanência de não conformidades no cuidado com os mesmos. Infere-se nestas instituições os gestores carecerem de visão técnica em relação ao controle do risco nestes serviços. Entendemos ser possível abordagem educativa por parte da VISA junto aos gestores e profissionais de cozinha em caráter complementar à ação de capacitação por ventura realizada pelo supervisor do serviço em questão.

Os dados apontam que a equipe da VISA, em relação aos cuidados com os alimentos, considerou exclusivamente a aplicação da RDC 216/2004 (2004) de modo a exigir das instituições a adoção de medidas mais efetivas no controle do risco nos serviços de alimentação. Assim, pode-se inferir que o instrumento da Anvisa adotado no estudo, no que

tange à categoria alimentos, não atende satisfatoriamente ao estudo em questão em se considerando mais amplamente os requisitos das boas práticas nos serviços de alimentação.

Ainda que as ILPIs não sejam consideradas estabelecimentos de saúde, desenvolvem cada vez mais um papel relevante na assistência direta aos seus residentes incluindo a administração de medicamentos. Tecnicamente, em relação aos cuidados com os medicamentos, não se pode utilizar a RDC 44/2005 para nortear as ações da Vigilância Sanitária dada sua inaplicabilidade às ILPI's. No entanto, esta resolução poderá servir de parâmetro para inserção de indicadores relativos ao cuidado com medicamentos em instrumento mais abrangente em substituição ao aplicado nesta pesquisa.

Reitera-se o instrumento da Anvisa utilizado neste estudo não possibilitar aferir o grau de risco presente nas instituições. Sugere-se a partir deste estudo a construção de instrumento mais abrangente aplicado à realidade do município de Salvador que contemple base de cálculo para o grau de risco.

As ILPIs, consideradas estabelecimentos de interesse à saúde, tendem cada vez mais a adotarem novos serviços de assistência aos idosos em resposta a uma crescente demanda. Como todo estabelecimento de interesse à saúde apresenta riscos situando-se, portanto no escopo da ação regulatória do Estado por meio da Vigilância Sanitária. Entendemos que o cuidado pela VISA não deve se restringir à regulação, mas que possa ser ampliado por meio de ações educativas espaço ainda pouco explorado.

Inegavelmente no Brasil o mercado das ILPIs vem sofrendo grande incremento. Neste contexto, estas instituições vêm ocupando lugar de destaque nas ações da Vigilância Sanitária no município de Salvador como reflexo do Pacto pela Saúde instituído por meio da Portaria MS/GM nº. 399/2006; na agenda de um dos seus componentes, o Pacto pela Vida, está prevista a implantação da Política Nacional de Saúde do Idoso. Um dos indicadores de monitoramento previstos no TCG (Termo de Compromisso de Gestão) é o cadastro e inspeção de 100% das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), atividades estas, realizadas pelas equipes de Vigilância Sanitária.

Mais recentemente as ações de Vigilância Sanitária nestes estabelecimentos passaram a fazer parte da Programação de Ações em Saúde - PAS cuja meta neste quesito é a realização de

inspeção em 100% das ILPIs cadastradas. No município de Salvador constata-se o cuidado estatal vir ocorrendo de forma isolada pelos diversos órgãos de proteção ao idoso traduzindo, portanto, a fragmentação do cuidado.

A Vigilância Sanitária vem atuando ainda muito pautada na esfera da regulação, até mesmo em resposta a denúncias formalizadas junto a outras instâncias governamentais. Entretanto, creio que a Visa não deva se limitar somente à inspeção sanitária uma vez que dispõe de outras tecnologias de intervenção a exemplo das análises laboratoriais (reitero as de alimentos serem importantíssimas no ambiente das ILPIs), ações de promoção da saúde (informação, comunicação) e elaboração de novos instrumentos de análise aplicados à realidade local.

REFERÊNCIAS

- ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q.; VASCONCELOS, M. E. L.; CARVALHO, M. S.; VASCONCELOS, A. G. G.; DA FONSECA, T. C. O.; LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. A. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. vol.23 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2007.
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada, 216. 2004. [publicação online]; Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RES_216.pdf.
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada, 306. 2004. [publicação online]; Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RES_306.pdf.
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada, 283. 2005. [publicação online]; Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RES_283.pdf.
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada, 63. 2011. [publicação online]; Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RES_63.pdf.
- BORGES, L. DE L.; GARCIA, P. A.; RIBEIRO, S. O. DO V. Características clínico-demográficas, quedas e equilíbrio funcional de idosos institucionalizados e comunitários. **Revista Fisioterapia em Movimento**. Curitiba, v.22, n.1, p.53-60, jan/mar 2009.
- BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: V. FREITAS et al., **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. p. 768-777. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Instrumento de Avaliação para Instituições de Longa Permanência para Idosos**. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/organiza/instrumento_avaliacao_ILPI.pdf.
- BRASIL. Decreto lei nº 94.406/87 que Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências**.
- BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, 3 out. 2003.
- BRASIL. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo de 2010**. [publicação online]; [acesso em jan 2017]. Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br>
- BRASIL. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad)**, 2013. [publicação online]; [acesso em jan 2017]. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/default_sintese.shtm.

BRASIL. LEI 5504/99 obtida em agosto de 2017. **Institui o Código Municipal de Saúde.** Disponível: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/vigilancia-sanitaria/wp-content/uploads/sites/5/2016/09/LEI-5504.pdf>.

BRASIL. Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica na atenção básica: Instruções técnicas para sua organização.** 2. ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Organização das Nações Unidas. **Assembleia Mundial sobre Envelhecimento: Resolução 39/125.** Viena, 1982.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Rev Brasileira de Estudos de População**, v. 25, n. 1, p. 5-26, 2008.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235 jan./jun. 2010.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60.1**, 2004.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad Saúde Pública.** 2003; 19(3): 725-33.

CATTELAN, A. V. et al. Análise ergonômica de uma instituição de longa permanência para idosos em Passo Fundo – RS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano.** Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 75-82, jul./dez. 2007. [publicação online]; Disponível em <http://www.bireme.br>.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século 21: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Pública.** 1997; 31(2): 184-200.

COSTA, E. A.; SOUTO, A. In: PAIM, J e ALMEIDA FILHO, N. Área Temática de Vigilância Sanitária. In: PAIM, J. S; ALMEIDA FILHO N. **Saúde Coletiva: teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Artmed, 2014: 327- 341.

DE ARAÚJO NETO, A. H.; PATRÍCIO, A. C. F. DE A.; FERREIRA, M. A. M.; RODRIGUES, B. F. L.; DOS SANTOS, T. D.; RODRIGUES, T. D. B.; SILVA, R. A. R. Quedas em idosos institucionalizados: riscos, consequências e antecedentes. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2017 jul-ago;70(4):752-8.

DE LIMA NETO, A. V.; DE MELO, A. D.; AZEVEDO, E. A. M.; NUNES, V. M. DE A. Considerações sobre o uso de medicamentos em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 16(4): 48-53, out-dez, 2014.

DE MENEZES, R. L.; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciência &Saúde Coletiva.** Goiânia, v.13, n4, p.1209-1218, 2008.

GALLO, J. J. (Editor). Assistência ao idoso: **aspectos clínicos do envelhecimento**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc. estado**. Vol.27 no. 1. Brasília Jan./Apr. 20 Obtido em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922012000100010>.

LUCCHESI, G. Globalização e regulação sanitária: **os rumos da Vigilância no Brasil**, Brasília, Editora ANVISA, 2008, p 60-86.

PASCALE, M. A. **Ergonomia e alzheimer: a contribuição dos fatores ambientais como recurso terapêutico nos cuidados de idosos portadores da Demência do tipo Alzheimer**. 2002. 120 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PASSARELLI, M. C. G.; JACOB FILHO, W. Reações adversas a medicamentos em idosos: como prevê-las? / Adverse drug reactions in elderly patients: how to predict them? **Einstein** (São Paulo) 2007;5(3):246-251.

PASSOS, J. P.; FERREIRA, K. S. Caracterização de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos e Avaliação da Qualidade Nutricional da Dieta Oferecida. **Alim. Nutr.** ISSN 0103-4235 , Araraquara, v. 21, n. 2, p. 241-249, abr./jun. 2010.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev Saúde Pública**, S. Paulo, 21: 211-24, 1987.

RODRIGUES et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2009; 43(4): 604-12.

SIQUEIRA, F. V.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; VIEIRA, V.; HALLAL, P. C. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev Saúde Pública**. 2007;41(5):749-56.

SMANIOTO, F. N.; HADDAD, M. DO C. L. Avaliação da farmacoterapia prescrita a idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 523-527, jul./ago. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG) - Seção São Paulo – Instituição de Longa Permanência para Idosos: **manual de funcionamento**. São Paulo, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - Seção São Paulo, 2003:39p.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**. 2009;43(3):548-54.

VIANA IC. **Unidades de alimentação e nutrição (UANs) de instituições geriátricas: estrutura física, operacional e organizacional**. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.

YAMANAKA, T I, PEREIRA D, PEDREIRA M, PETERÇOMO M A. Redesenho de atividade da enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 60, n. 2, p. 190-196, mar/abr 2007.

MATRIZ DE ANÁLISE																									
 <p>Universidade Federal da Bahia Instituto de Saúde Coletiva Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Mestrado Profissional em Vigilância Sanitária Aluna Mônica Pondé Fraga Lima de Oliveira</p> 		ILPI 1 -			ILPI 2 -			ILPI 3 -			ILPI 4 -			ILPI 5 -			ILPI 6 -			ILPI 7 -			ILPI 8 -		
		MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE		
DIMENSÕES	VARIÁVEIS	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017			
Documentação Técnico Sanitária	Responsabilidade Legal																								
	Responsável Técnico:																								
	Licença de Localização e Funcionamento																								
	Licença Sanitária																								
	Contrato formal com os idosos/responsáveis																								
	Registro atualizado dos idosos																								
	Contrato Social																								
	Regimento Interno																								
	Programa de Gerenciamento de Resíduos de Saúde																								
	Contrato com Empresa para recolhimento dos resíduos																								
	Controle Integrado de Pragas																								
	Higienização de Reservatório de água																								
	Análise microbiológica da água																								
	Manual de Boas Práticas de Alimentação																								
Comprova vacinação dos idosos																									
Plano de Atenção Integral à Saúde dos Idosos																									
Livro de registro de procedimentos de enfermagem																									
Treinamento atualizado de Pessoal em Gerontologia																									
DIMENSÕES	VARIÁVEIS	ILPI 1 -			ILPI 2 -			ILPI 3 -			ILPI 4 -			ILPI 5 -			ILPI 6 -			ILPI 7 -			ILPI 8 -		
		MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE		
		2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
RECURSOS HUMANOS	FISIOTERAPEUTA																								
	ENFERMEIRO																								
	MÉDICO																								
	ASSIST SOCIAL																								
	TER OCUPACIONAL																								
	FARMACÊUTICO																								
	CRUQUIÃO-DENTISTA																								
	NUTRICIONISTA																								
	PSICÓLOGO																								
	FONOAUDIÓLOGO																								
	TÉCNICO OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM																								
	CUIDADORES EM NÚMERO SUFICIENTE PARA ATENDER SATISFATORIAMENTE AOS RESIDENTES DE ACORDO COM GRAU DE DEPENDÊNCIA																								
	PEDAGOGO																								
	MUSICOTERAPEUTA																								
DIMENSÕES	VARIÁVEIS	ILPI 1 -			ILPI 2 -			ILPI 3 -			ILPI 4 -			ILPI 5 -			ILPI 6 -			ILPI 7 -			ILPI 8 -		
		MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE		
		2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
MEDICAMENTOS/POSTO DE ENFERMAGEM	Possui estrutura semelhante a posto de enfermagem																								
	Possui pia e acessórios para lavagem das mãos.																								
	Caixa de materiais perfuro-cortantes																								
	Armário com chave para guarda de medicamentos controlados																								
	Prazo de validade dos medicamentos																								
	Prescrição dos medicamentos																								
Separação de forma individualizada dos medicamentos por residente																									

DIMENSÕES	VARIÁVEIS	ILPI 1 -			ILPI 2 -			ILPI 3 -			ILPI 4 -			ILPI 5 -			ILPI 6 -			ILPI 7 -			ILPI 8 -		
		MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE		
		2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
ESTRUTURA FÍSICA GERAL E DOS DORMITÓRIOS	Existe na instituição luz de vigília nos dormitórios.																								
	As camas possuem grades de proteção.																								
	Os dormitórios são dotados de campanha de alarme/similar, caso o idoso necessite solicitar auxílio.																								
	Apresenta paredes íntegras, sem rachaduras, trincas e/ou infiltrações																								
BANHEIROS	Possuem barras de segurança (apoio) nos boxes e perto das bacias sanitárias.																								
	Os banheiros não possuem desníveis.																								
	O revestimento encontra-se íntegro (piso e parede) e sem brilho. Teto íntegro																								
DIMENSÕES	VARIÁVEIS	ILPI 1 -			ILPI 2 -			ILPI 3 -			ILPI 4 -			ILPI 5 -			ILPI 6 -			ILPI 7 -			ILPI 8 -		
		MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE					
		2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
ÁREAS DE CIRCULAÇÃO	As circulações internas possuem corrimão.																								
	Corredores e ambientes de maior circulação não apresentam obstáculos nas áreas de passagem.																								
	As circulações externas, caso existam, possuem piso íntegro, sem desnível.																								
	Circulações externas possuem corrimão.																								
DIMENSÕES	VARIÁVEIS	ILPI 1 -			ILPI 2 -			ILPI 3 -			ILPI 4 -			ILPI 5 -			ILPI 6 -			ILPI 7 -			ILPI 8 -		
		MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE			MOMENTOS DE ANÁLISE					
		2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
ALIMENTOS	Possui Pia exclusiva para lavagem das mãos com acessórios.																								
	Funcionários usam fardamento completo (vestimenta para trabalho, sapatos fechados, uso de touca).																								
	O responsável pelas atividades de manipulação dos alimentos e os manipuladores de alimentos são comprovadamente capacitados, de acordo com a RDC nº 216/2004.																								
	Há sanitizante disponível para uso pelos profissionais?																								
	Organização dos alimentos sob refrigeração separados por gêneros																								
	Separação entre alimentos crus/cozidos sob refrigeração.																								
	É assegurado aos idosos o fornecimento de alimentação, respeitando os aspectos relacionados à saúde (como dietas especiais) e culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias.																								
	Existe cardápio de dietas especiais que atenda à necessidade dos idosos elaborado e assinado por Nutricionista.																								
	Os produtos sob refrigeração possuem etiqueta de identificação.																								
	Instituição possui e aplica o que determina o Manual de Boas Práticas e POP's.																								
Presença de telas nas aberturas/janelas.																									
Lixeiras com tampa e pedal																									



8.1 N° do Alvará de licenciamento sanitário _____ Válido até: _____			
9. Nome do responsável legal pelo estabelecimento (proprietário, diretor ou administrador): _____			
9.1 Grau de escolaridade: () nível fundamental () médio () superior RG _____ e CPF _____			
9.2 Carga horária semanal: _____			
9.3 Registro no conselho profissional, se houver: _____			
10. Recursos Humanos (Solicitar documento que comprove carga horária)	Quantidade		Observações (Detalhar carga horária)
	Com vínculo formal	Voluntários (informal)	
Administrador			
Administrativos (secretária e outros)			
Médico			
Enfermeiro			
Assistente Social			
Psicólogo			
Fisioterapeuta			
Terapeuta Ocupacional			
Nutricionista			
Farmacêutico			
Cirurgião-dentista			
Técnico e Auxiliar de Enfermagem			
Outros Profissionais de saúde (especificar):			



	Quantidade		Observações (Detalhar carga horária)
	Com vínculo formal	Voluntários (informal)	
Cuidadores de idosos OBS: Considerar como cuidador aqueles que a instituição indicar como tendo essa função.			Escolaridade dos cuidadores:
Limpeza/Serviços Gerais (lavanderia, manutenção, motorista, etc.)			
Cozinha			
Outros (especificar):			
Total:			
CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA (quantificar)			
	Homens	Mulheres	
11. Capacidade instalada (quantidade planejada de residentes)			
12. Quantidade de residentes no dia da avaliação			
13. Existem residentes com menos de 60 anos? Motivos: _____			
14. Grau de dependência I (idosos independentes mesmo que usem equipamentos de auto-ajuda)			
15. Grau de dependência II (idosos com dependência em até três atividades da vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada)			



16. Grau de dependência III (idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de auto-cuidado para a vida diária e ou comprometimento cognitivo)		
	Sim	Não
17. A instituição realiza visita ao idoso/família antes de sua admissão?		
18. Há idosos com distúrbio cognitivo ou psiquiátrico?		
19. Há idosos em uso de sonda para alimentação? (nasogástrica, gastrostomia, etc.)		
20. Há idosos portadores de feridas crônicas? (úlceras vasculares, úlcera de pressão/escara, pé diabético, outras)		
21. Há idosos dependentes de oxigenoterapia? (em uso de oxigênio)		
22. Há idosos com ventilação mecânica?		
23. Há idosos sob cuidado de serviços de atenção domiciliar (<i>home care</i>)?		
24. Há idosos com sonda vesical ou coletor de urina?		
25. Há idosos com diagnóstico ou em tratamento de câncer?		
26. Há idosos com diabetes ou hipertensão?		
27. Outras patologias (Citar):		
<p>28. Onde os residentes são atendidos conforme Plano de Atenção à Saúde (assinalar as opções utilizadas)</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Centro de Saúde público (SUS)</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Equipe de Saúde da Família (SUS)</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Serviços/profissionais particulares (plano de saúde ou pagos pelo residente/família)</p> <p>d. <input type="checkbox"/> Hospital público (SUS)</p> <p>e. <input type="checkbox"/> Serviço próprio da ILPI (profissionais de saúde da própria instituição)</p> <p>Qual dessas opções (a, b, c, d ou e) é a mais utilizada? ____</p>		
<p>Observações:</p>		

CONDIÇÕES GERAIS E PROCESSOS OPERACIONAIS			
	Sim	Não	
29. A instituição possui contrato formal de prestação de serviço com o residente ou seu responsável legal ou curador?			
30. O funcionamento da instituição está sob responsabilidade técnica de profissional de nível superior?			
a. Este responsável técnico cumpre carga horária mínima de 20 horas por semana?			
31. A instituição possui:			
a. Estatuto Registrado?			
b. Contrato Social?			
c. Inscrição do seu programa junto ao Conselho do Idoso?			
d. Regimento Interno?			
e. Registro de Entidade Social?			
32 Existe contrato formal com os seguintes serviços terceirizados:			
a. alimentação			
b. limpeza			
c. esterilização			
d. lavanderia			
e. serviço de remoção			
f. outros (especificar)			
33 Os serviços terceirizados possuem alvará de licenciamento atualizado?	Sim	Não	Não se aplica
	Sim	Não	
34 A instituição atende às condições gerais estabelecidas na RDC nº 283/2005? OBS: Observar os idosos, avaliar o Regimento interno, observar o Plano de Atenção à saúde, observar fotos, cartazes na instituição sobre programações realizadas na instituição, entre outros.			
35 Existe a garantia de visita aberta?			
36 Existe registro atualizado de cada idoso? OBS: Verificar por amostragem a existência dos registros/anotações sobre o idoso em conformidade com o estabelecido no Art. 50, inciso XV, da Lei 10.741 de 2003 "Manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, parentes, endereços, cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições e suas alterações, se houver, e demais dados que possibilitem a sua identificação e a individualização do atendimento."			
37 A instituição tem Plano de Trabalho conforme item 5.1.1 da RDC 283 e artigo 48 do Estatuto?			
38 A instituição comunica à Secretaria Municipal de Assistencial Social ou congêneres, bem como ao Ministério Público, a situação de abandono familiar ou a ausência de identificação civil?			
39 Os equipamentos, produtos, mobiliários e utensílios estão disponíveis, em quantidade suficiente, em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem e de acordo com a legislação vigente?			



	Sim	Não
<p>40 Existem equipamentos de auto-ajuda e materiais em condições de uso em quantidade suficiente para atender à necessidade dos residentes, de acordo com o grau de dependência?</p> <p>OBS: Equipamento de Auto-Ajuda - qualquer equipamento ou adaptação, utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como bengala, andador, óculos, aparelho auditivo, prótese odontológica e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada.</p>		
<p>Observações: Item 30 – Formação do RT: Conselho do RT, se houver:</p>		
RECURSOS HUMANOS		
	Sim	Não
<p>41 Dimensionamento da equipe de cuidadores de idosos:</p> <p>OBS: Considerar como cuidador aqueles que a instituição indicar como tendo essa função.</p>		
<p>a. Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;</p>		Não se aplica
<p>b. Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;</p>		
<p>c. Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.</p>		
<p>d. Os cuidadores possuem capacitação formal?</p> <p>OBS: Verificar comprovação da capacitação formal</p>		
	Sim	Não
<p>42 Para as atividades de lazer: um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana.</p>		
<p>43 Para serviços de limpeza: um profissional para cada 100m² de área interna ou fração por turno diariamente.</p>		
<p>44 Para o serviço de alimentação: um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas.</p>		
<p>45 Para o serviço de lavanderia: um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente.</p>		
<p>46 Há política de educação permanente, especialmente na área de gerontologia?</p>		
<p>47 Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe estão registrados e estão legalizados nos mesmos?</p>		
<p>Observações:</p> <p>Item 41 – Quantos cuidadores tem capacitação formal:</p> <p>Item 42 – Formação do profissional de lazer:</p>		

PROCESSAMENTO DE ROUPAS		
	Sim	Não
48 A instituição possui, mantém disponível e implementa as rotinas técnicas do processamento de roupas de uso pessoal e coletivo?		
49 Os saneantes usados estão regularizados junto a ANVISA?		
50 Existem luvas, avental impermeável e botas para os funcionários da lavanderia?		
51 Com que frequência é trocada a roupa de cama? Especifique:		
	Sim	Não
52 Existe quantidade de roupas suficiente para a demanda?		
53 A Instituição possibilita aos idosos independentes efetuarem todo o processamento de roupas de uso pessoal? OBS: Observar se há área e recursos para que os idosos independentes que assim o desejarem efetuem o processamento de roupas de uso pessoal.		
54 A instituição garante a privacidade do uso da roupa pessoal? As roupas estão identificadas?		
Observações:		
ALIMENTAÇÃO		
	Sim	Não
55 A instituição segue o estabelecido na RDC nº. 216/2004 que dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação no que se refere a:		
a. manipulação, preparação, fracionamento dos alimentos.		
b. armazenamento dos alimentos		
c. transporte dos alimentos (interno e externo)		
d. distribuição dos alimentos		
56 A instituição possui normas e rotinas técnicas para o serviço de alimentação incluindo:		
a. limpeza e descontaminação dos alimentos		
b. armazenagem de alimentos		
c. preparo dos alimentos com enfoque nas boas práticas		
d. boas práticas para prevenção e controle de vetores		
e. acondicionamento de resíduos		
57 É assegurado aos idosos o fornecimento de alimentação, respeitando os aspectos relacionados à saúde (como dietas especiais) e culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias?		
58 Existe cardápio de dietas especiais que atenda à necessidade dos idosos elaborado e assinado por Nutricionista?		



	Sim	Não
59 O responsável pelas atividades de manipulação dos alimentos e os manipuladores de alimentos são comprovadamente capacitados, de acordo com a RDC nº 216/2004? OBS: Verificar se capacitação do responsável abordou, no mínimo, os seguintes temas: Contaminantes alimentares; Doenças transmitidas por alimentos; Manipulação higiênica dos alimentos; Boas Práticas. OBS: Verificar se a capacitação dos manipuladores é realizada periodicamente e se aborda os seguintes conteúdos: higiene pessoal, manipulação higiênica dos alimentos e doenças transmitidas por alimentos		
Observações:		
SAÚDE		
	Sim	Não
60 A instituição tem um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes contemplando, no mínimo, 3 aspectos (acesso, resolubilidade e humanização), elaborado a cada dois anos, avaliado anualmente e implantado?		
61 São realizados procedimentos invasivos? (p.ex.: passagem de sonda vesical de demora ou enteral, injetáveis, aspiração, dentre outros)		
62 Sobre o Plano de Atenção à Saúde:	Sim	Não
a. É compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade?		
b. Indica os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário?		
c. Prevê a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção?		
d. Contém informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes?		
63 A unidade, em caso de intercorrência médica, dispõe de um serviço de remoção e providencia o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no Plano de Atenção à Saúde e comunica a sua família ou representante legal? OBS: considerar também a utilização do SAMU. Se utilizar SAMU, colocar essa informação no campo "observações"		
64 O serviço de remoção é terceirizado?		
65 A instituição dispõe de rotinas e procedimentos escritos e implantados, referentes aos cuidados com os idosos?		
66 Os medicamentos em uso pelos idosos estão sob responsabilidade do Responsável Técnico - RT da instituição, respeitados os regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e administração?		
67 Os medicamentos controlados estão acondicionados em armários fechados com chaves ou equivalentes?		



	Sim	Não
68 Os medicamentos estão dentro do prazo de validade?		
69 Há prescrição médica para todos os medicamentos encontrados na instituição?		
70 Informa aos órgãos competentes a ocorrência de Doenças de Notificação Compulsória? OBS: A instituição mantém registro sobre doenças de notificação compulsória. (equipe de saúde responsável pelos residentes informa as Doenças de Notificação Compulsória). Conforme a Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006.		
71 A instituição informa aos órgãos competentes a ocorrência de eventos sentinela (queda com lesão e tentativa de suicídio)?		
72 A instituição comprova, quando solicitada, a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização do Ministério da Saúde? OBS: Verificar se há registros de imunização: Gripe, Pneumonia, DT (Difteria e Tétano).		
73 A instituição comprova a inscrição do residente no Serviço de Saúde mais próximo ou em Plano de Saúde?		
74 Os residentes com patologia de saúde mental estão participando dos programas de Saúde Mental?		
75 Existe o acesso a um cirurgião-dentista quando necessário?		
Observações:		
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO		
	Sim	Não
76 Calcula, avalia e encaminha para a vigilância sanitária local os indicadores mensais estabelecidos na RDC nº 283/2005?		
a. Taxa de mortalidade - (Número de óbitos de idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]		
b. Incidência de doença diarreica aguda - (Número de novos casos de doença diarreica aguda em idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]		
c. Incidência de escabiose - (Número de novos casos de escabiose em idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]		
d. Incidência de desidratação - (Número de idosos que apresentaram desidratação / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]		
e. Taxa de prevalência de úlcera de decúbito - (Número de idosos residentes apresentando úlcera de decúbito no mês/ Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]		
f. Taxa de prevalência de desnutrição - (Número de idosos residentes com diagnóstico de desnutrição no mês/ Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]		
Observações		

INFRA-ESTRUTURA FÍSICA		
	Sim	Não
77 Realiza limpeza dos reservatórios de água e controle microbiológico da qualidade da água? OBS: verificar registros e periodicidade.no mínimo trimestral.		
78 Os efluentes são lançados na rede pública de coleta e tratamento de esgoto?		
79 Oferece instalações físicas em condições de habitabilidade (temperatura, odores, umidade, entre outros), higiene e salubridade? Verificar a existência de ralos escamoteáveis, manutenção e limpeza do ambiente interno e externo (jardim e proteção da caixa de água e outros), registros de limpeza, desratização, descupinização, desinsetização, entre outros.		
- Sobre os ambientes e dimensões:		
80 Possui dormitórios separados por sexos, para no máximo 4 pessoas, dotados de banheiro?		
a. Os dormitórios de 01 pessoa possuem área mínima de 7,50 m ² , incluindo área para guarda de roupas e pertences do residente?		
b. Os dormitórios de 02 a 04 pessoas possuem área mínima de 5,50m ² por cama, incluindo área para guarda de roupas e pertences dos residentes?		
c. Os dormitórios são dotados de luz de vigília e campainha de alarme?		
d. Existe uma distância mínima de 0,80 m entre duas camas?		
e. Existe cama com grade de proteção?		
81 O banheiro possui área mínima de 3,60 m ² , com 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro, sem desnível em forma de degrau para conter a água e sem o uso de revestimentos que produzam brilhos e reflexos?		
82 Há áreas para o desenvolvimento das atividades voltadas aos residentes com graus de dependência I e II ?		
a. Há sala para atividades coletivas para no máximo 15 residentes, com área mínima de 1,0 m ² por pessoa?		
b. Há sala de convivência com área mínima de 1,3 m ² por pessoa?		
c. Há sala para atividades de apoio individual e sócio-familiar com área mínima de 9,0 m ² ?		
83 Há banheiros coletivos, separados por sexo, com no mínimo, um box para vaso sanitário que permita a transferência frontal e lateral de uma pessoa em cadeira de rodas?		
84 As portas dos compartimentos internos dos sanitários coletivos têm vãos livres de 0,20m na parte inferior?		
85 Há espaço ecumênico ou para meditação?		
86 Há sala administrativa ou de reunião?		
87 Há refeitório com área mínima de 1m ² por usuário, acrescido de local para guarda de lanches, de lavatório para higienização das mãos e luz de vigília?		
88 Há cozinha e despensa?		
89 Há lavanderia com área específica para o desenvolvimento dessa atividade?		
a. Há separação de fluxos (entrada e saída de roupas)?		

	Sim	Não
b. Há local para guarda de roupas de uso coletivo?		
c. Possui área para recepção da roupa?		
d. Possui área para lavagem?		
e. Possui vestiário e banheiro exclusivo para funcionário deste setor?		
90 Há local para guarda de material de limpeza?		
91 Há almoxarifado indiferenciado com área mínima de 10,0 m ² ?		
92 Há vestiário e banheiro para funcionários, separados por sexo?		
a. O banheiro possui área mínima de 3,6 m ² , contendo 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 10 funcionários ou fração?		
b. A Área de vestiário possui área mínima de 0,5 m ² por funcionário/turno?		
93 Há lixeira ou abrigo externo à edificação para armazenamento de resíduos até o momento da coleta?		
94 Há área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre (solarium com bancos, vegetação e outros)?		
95 Os colchões e travesseiros são revestido de material impermeável de fácil limpeza e higienização?		
96 A instituição mantém identificação externa e visível? OBS: artigo 37 parágrafo 2º da lei 10741/2003. Verificar o Artigo 62 da Lei 10741/2003.		
97 As instalações físicas garantem a segurança, integridade física e acessibilidade? OBS: Verificar as condições de segurança em caso de incêndio: extintores e sua validade, sinalização, vias de escape, escada de incêndio, porta resistente ao fogo e outros. Verificar a existência de placas de sinalização, orientação, sirenes, luzes indicadoras e outros.		
98 Existem, no mínimo, duas portas de acesso externo, sendo uma exclusivamente de serviço?		
99 Os pisos externos e internos (inclusive as rampas e escadas) são de fácil limpeza e conservação, uniformes, com ou sem juntas e com mecanismo antiderrapante?		
100 As rampas e escadas favorecem a acessibilidade, possuem, no mínimo, 1,20m de largura, corrimão e sinalização?		
101 As circulações internas principais possuem largura mínima de 1,00m?		
a. As circulações internas secundárias possuem largura mínima de 0,80m; contando com luz de vigília permanente?		
b. As circulações internas com largura maior ou igual a 1,50 m possuem corrimão dos dois lados? OBS: As circulações com largura menor que 1,50 m podem possuir corrimão em apenas um dos lados.		
102 O projeto físico do estabelecimento foi aprovado pelos órgãos competentes?		
103 Realiza manutenção predial preventiva e corretiva?		