



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

ANTONIO CALDEIRA DA SILVA

**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE
IDOSOS: UM RETRATO DA REDE DE APOIO**

São José do Rio Preto
2020

Antonio Caldeira da Silva

**Instituições de Longa Permanência de Idosos: Um Retrato
da Rede de Apoio**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação Stricto Sensu em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, para obtenção do título de Mestre. Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde. Linha de Pesquisa: Educação e Gestão em Saúde e Enfermagem. Grupo de Pesquisa: “Núcleo de estudos sobre morbidade referida e gestão em saúde” -NEMOREGES.

Pesquisa realizada com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), código de financiamento 001.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos

**São José do Rio Preto
2020**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESSE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Caldeira da Silva, Antonio

Instituições de Longa Permanência de Idosos: Um retrato da Rede de Apoio
São José do Rio Preto; 2020.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.
Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde
Linha de Pesquisa: Gestão e Educação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes Sperli Geraldês Santos

1. Instituição de Longa Permanência para Idosos; Serviços de Saúde para Idosos; Saúde do Idoso Institucionalizado, Assistência Integral à Saúde do Idoso, Atenção Integral ao Idoso. Rede de Assistência à Saúde do Idoso.

BANCA EXAMINADORA

Presidente da Mesa – Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

1ª Examinadora: Profa. Dra. Amena Alcântara Ferraz Cury
Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto

2ª Examinadora: Profa. Dra. Camila Garcel Pancote
União das Faculdades dos Grandes Lagos

1ª Suplente: Profa. Dra. Rita de Cassia Helu Mendonça Ribeiro
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

2ª Suplente: Profa. Dra. Rosemeire Aparecida Milhim Cordova
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

3ª Suplente: Profa. Dra. Margarete Ártico Baptista
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

São José do Rio Preto

2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Professora Dra. Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos pelo incentivo, paciência e aposta nesta conquista.

À Enfermeira Maria Elenice Vicentini pelas diversas jornadas e apostas no cuidado em saúde.

À minha família pela história de imigração, conquistas conjuntas e senso de solidariedade.

Aos professores. Dra. Natália Sperli Geraldes Marin dos Santos, Dra. Amena Ferraz Cury, Dr. José Carlos Cacau Lopes e Dra. Adília Maria Pires Sciarra pela parceria na construção de sonhos e projetos de fortalecimento e resistência do Sistema Único de Saúde.

EPÍGRAFE

Acredito na velhice...

É isso que a vida

Espera de nós

Rainer Maria Rilke

SUMÁRIO

Lista de Figuras	i
Lista de Tabelas	ii
Lista de Abreviaturas	iii
Resumo	iv
Abstract	v
Resumen	vi
1. Introdução.....	v
2. Objetivos	10
3. Método	11
4. Resultados	112
5. Discussão.....	31
6. Conclusões	43
7. Referências	46
Apêndice I – Planilha de monitoramento proposta para 2019	52
Apêndice II- Publicação de Editorial	53
Anexo I- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	55

Lista de Figuras

Figura 1	Mapa da região do DRS XV e GVS XXIX com identificação espacial das ILPIs sem fins lucrativos.....	19
----------	---	----

Lista de Tabelas

Tabela 1	Distribuição da população total e faixa etária, segundo Região,GVS XXIX,2019.....	20
Tabela 2	Instituições de longa permanência de idosos com e sem fins lucrativos, segundo Região e municípios com ILPI , GVS XXIX, dezembro de 2019.....	20
Tabela 3	ILPIs sem fins lucrativos por período de início das atividades na Região do GVS XXIX.....	21
Tabela 4	Distribuição por regiões das vagas nas ILPIs na Área de abrangência do GVS XXIX, 2019.....	21
Tabela 5	Procedência dos residentes das ILPIs sem fins lucrativos, segundo Região, GVS XXIX, 2019.....	22
Tabela 6	Variáveis demográficas e grau de dependência dos idosos residentes das ILPIs segundo Região, GVSXXIX, 2019.....	23
Tabela 7	Distribuição dos residentes classificados como grau III e com diagnóstico de Alzheimer nas ILPIs da Área de Abrangência do GVS XXIX, 2019.....	24
Tabela 8	Distribuição de recursos humanos por Região, GVS XXIX, 2019.....	25
Tabela 9	Distribuição das doenças e agravos, segundo Região, GVS XXIX, 2019.....	27
Tabela 10	Distribuição dos procedimentos realizados, segundo Regiões , GVS XXIX, 2019.....	28
Tabela 11	Distribuição das ações de controle e Indicadores de integração, segundo Regiões , GVS XXIX , 2019.....	29
Tabela 12	Distribuição dos Indicadores de integração, segundo Regiões, GVS XXIX , 2019.....	29
Tabela 13	Distribuição de vagas de centro dia oferecidas pelas ILPIs da Área de Abrangência do GVS XXIX dezembro de 2019.....	30
Tabela 14	Distribuição de voluntários cadastrados e estagiários nas ILPIs da Área de Abrangência do GVS XXIX 2019.	30

Lista de Abreviaturas

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CMDI	Conselho Municipal dos Direitos do Idoso
DRS	Diretoria Regional de Saúde
DRADS	Diretoria Regional de Assistência Social
FAMERP	Faculdade Medicina de São José do Rio Preto
GVS	Grupo de Vigilância Sanitária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência de Idosos
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
VISA	Vigilância Sanitária

RESUMO

Silva, AC. Instituições de Longa Permanência de Idosos: um retrato da rede de apoio. 72f. Dissertação (Mestrado) – Stricto Sensu. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2020.

Objetivos: Descrever o perfil demográfico da população idosa e o perfil demográfico-epidemiológico da população residente nas ILPIs da área de abrangência do GVS XXIX. Propor e analisar indicadores para qualificação do processo de apoio e monitoramento das ILPIs. Implementar planilha de monitoramento das ILPIs com novos indicadores. Identificar os desafios atuais das ILPIs na Rede de Atenção à Pessoa Idosa. **Material e Métodos:** Estudo de corte transversal com abordagem quantitativa em 41 ILPIs sem fins lucrativos. Foi implantada planilha de indicadores, contendo variáveis relacionadas a: organização das ILPIs; demográficas; de apoio e cuidado; recursos humanos; doenças e agravos; intervenções terapêuticas e ações de controle. Foram construídas tabelas de contingência com cálculo de indicadores como: incidência, prevalência de doenças e agravos, mortalidade e razões para monitoramento. **Resultados:** Um total de 17,6% da população geral tinha 60 anos ou mais; 49,2 % dos municípios da área possuíam ILPI, com média de 31,6 residentes por instituição. A capacidade instalada foi 1402 vagas e taxa de ocupação 92,5%. A taxa de vagas foi de 6,1/1000 idosos; 78,6% dos residentes procedem dos municípios sede e 21,3% de outros municípios e estados próximos; 70,3% possuem mais de 70 anos, 49,4% são mulheres e 50,6% homens; 18,6% foram classificados com dependência grau III, 14,6% com diagnóstico de Alzheimer. Na distribuição dos recursos humanos 63,1% foram profissionais de cuidado, no indicador proposto foram identificados 2,1 profissionais de cuidado para cada idoso classificado como grau III. Dos indicadores complementares à RDC 283/05 foram identificadas as prevalências de 22,1 % de quedas, 1,9% de fratura de fêmur, 55% de Hipertensão Arterial e 19,8% de diabéticos. Segundo indicadores de controle foram realizadas anualmente por instituição 5,1 visitas das VISAs, 0,3 visitas da Promotoria Pública, 0,6 visitas do CMDI e 12,1 visitas da Atenção Primária. **Conclusão:** A transição demográfica e consequente envelhecimento da população exige um repensar no modelo de atenção aos idosos, com planejamento de políticas públicas e ações intersetoriais que visem cuidados de longa duração tanto no ambiente familiar como em Instituições de Longa Permanência de Idosos. Este estudo ao descrever o perfil demográfico e epidemiológico da população geral e dos idosos residentes nas instituições de longa permanência da região contribui para divulgar a dimensão do envelhecimento da população desta região e para aproximar estas instituições dos outros serviços e sociedade. O aperfeiçoamento da ferramenta e do processo de monitoramento integrado, significou um avanço importante no exercício e qualificação do cuidado aos idosos institucionalizados. A ferramenta instituída e avaliada constituiu-se num instrumento prático na organização dos processos de trabalho nas Instituições. A partir das fragilidades identificadas, um plano regional de educação permanente será implementado visando a construção da Rede de Atenção à Pessoa Idosa envolvendo as áreas da Saúde, Assistência Social e do controle social.

Descritores: Instituição de Longa Permanência para Idosos; Serviços de Saúde para Idosos; Saúde do Idoso Institucionalizado, Assistência Integral à Saúde do Idoso, Atenção Integral ao Idoso. Rede de Assistência à Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Silva, AC. Long-term care institutions for the elderly: a portrait of the support network. 72 f. Thesis (Master's degree). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2020.

Objectives: To describe the demographic profile of the elderly population and the demographic and epidemiological profile of the LSIEs resident population in the GVS XXIX area. To propose and analyze indicators for the qualification of the supporting and monitoring process of the LSIEs. To establish a monitoring spreadsheet of the LSIEs with new indicators. To identify the current challenges of LSIEs in the Network for the Care of the Elderly. **Material and Methods:** Cross-sectional study with a quantitative approach among 41 non-profit LSIEs. It was introduced a spreadsheet of indicators, containing variables related to: organization of LSIEs; demographic; supporting and care; human resources; diseases and aggravations; therapeutic interventions and control actions. Contingency tables were constructed with the calculation of indicators such as: incidence, prevalence of diseases and aggravations, mortality and reasons for monitoring. **Results:** A total of 17.6% of the general population was 60 years old or older; 49.2% of the municipalities in the area have LSIEs, with an average of 31.6 residents per institution. The installed capacity was 1402 vacancies and occupation rate 92.5%. The vacancy rate was 6.1/1000 elderly people; 78,6% of the residents were from the headquarters municipalities and 21,3% from other municipalities and nearby states; 70.3% were over 70 years old; 49.4% were women and 50.6% were men; 18.6% were classified as Dependent grade III; 14.6% had Alzheimer's. In the distribution of human resources; 63.1% were care professionals, in the proposed indicator 2.1 care professionals were identified for each elderly classified as grade III. From the complementary indicators to the Resolution of Anvisa Collegiate 283/05, the prevalence of 22.1% of falls, 1.9% of femur fracture, 55% of hypertension and 19.8% of diabetics were noticed. According to the control indicators, 5.1 health surveillance visits, 0.3 visits by the Public Prosecutor's Office, 0.6 visits by the senior's advice and 12.1 visits by the Primary Care Department were performed annually per institution. **Conclusions:** The demographic transition and consequent aging of the population require a rethinking of the model of care for the elderly, with planning of public policies and intersectoral actions aimed at long term care both in the family environment and in Institutions for Long Term Care of the Elderly. This study, by describing the demographic and epidemiological profile of the general population and the elderly living in the region's long-stay institutions, contributes at spreading the dimension of the aging population from this region and to approach these institutions to other services and society. The improvement of the tool as well as the integrated monitoring process, have provided an important advance in the exercise and qualification of care to the elderly institutions. The tool established and evaluated was a practical device in the organization of working processes in the institutions. Based on the fragilities identified, a regional plan for permanent education will be implemented aiming at building the Network for the Care of the Elderly, encompassing the areas of Health, Social Care and Social Control.

Keywords: Long-Stay Institution for Elderlies; Health Services for the Elderlies; Elderly's Institutionalized Health; Integral Health Care for the Elderly; Integral Care for the Elderly; Elderly Health Care Network.

RESUMEN

Silva, AC. Instituciones de cuidados de larga duración para personas mayores: un retrato de la red de apoyo. 72 f. Disertación (Maestría) - Stricto Sensu. Facultad de Medicina São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2020.

Objetivos: Describir el perfil demográfico de la población anciana y el perfil demográfico-epidemiológico de la población residente en ILPIs en el área cubierta por GVS XXIX. Proponer y analizar indicadores para calificar el proceso de acompañamiento y seguimiento de LTCF. Implementar una hoja de cálculo para monitorear ILPIs con nuevos indicadores. Identificar los desafíos actuales para los ILPIs en la Red de Cuidado de Ancianos. **Material y métodos:** estudio transversal con enfoque cuantitativo en 41 ILPI sin fines de lucro. Se implementó una hoja de cálculo de indicadores que contiene variables relacionadas con: organización de ILPIs; demográfico; apoyo y cuidado; recursos humanos; enfermedades y afecciones; intervenciones terapéuticas y acciones de control. Se construyeron tablas de contingencia con el cálculo de indicadores como: incidencia, prevalencia de enfermedades y condiciones, mortalidad y motivos de seguimiento. **Resultados:** el 17,6% de la población general tiene 60 años o más; El 49,2% de los municipios de la zona cuentan con ILPI, con un promedio de 31,6 habitantes por institución. La capacidad instalada fue de 1402 vacantes y la tasa de ocupación fue del 92,5%. La tasa de vacantes fue de 6,1 / 1000 ancianos; El 72,8% de los residentes proceden de las ciudades sede y el 19,8% de otras ciudades y estados cercanos; El 70,3% son mayores de 70 años, el 49,4% son mujeres y el 50,6% son hombres; 18,6% fueron clasificados como adictivos de grado III, 14,6% tenían Alzheimer. En la distribución de recursos humanos el 63,1% fueron profesionales de la atención, en el indicador propuesto 2.10 se identificaron profesionales de la atención por cada anciano clasificado como grado III. A partir de los indicadores complementarios al RDC 283/05 se identificó la prevalencia de 22,1% de caídas, 1,9% de fractura de fémur, 55% de Hipertensión Arterial y 19,8% de diabéticos. Según indicadores de control, la institución realizó anualmente 5,1 visitas VISA, 0,3 visitas del Ministerio Público, 0,6 visitas del CMDI y 12,1 visitas de Atención Primaria. **Conclusión:** La transición demográfica y el consecuente envejecimiento de la población requiere repensar el modelo de atención a las personas mayores, con la planificación de políticas públicas y acciones intersectoriales orientadas a la atención de largo plazo tanto en el ámbito familiar como en las Instituciones de Atención de Larga Duración para el Adulto Mayor. Este estudio, que describe el perfil demográfico y epidemiológico de la población en general y de los adultos mayores que viven en instituciones de cuidados de larga duración de la región, contribuye a dar a conocer la dimensión del envejecimiento de la población de esta región y acercar estas instituciones a otros servicios y a la sociedad. El perfeccionamiento de la herramienta y el proceso de seguimiento integrado, significó un avance importante en el ejercicio y calificación de la atención a los ancianos institucionalizados. La herramienta instituida y evaluada constituyó un instrumento práctico en la organización de los procesos de trabajo en las Instituciones. A partir de las debilidades identificadas, se implementará un plan regional de educación permanente con miras a la construcción de la Red de Atención al Adulto Mayor involucrando las áreas de Salud, Asistencia Social y Control Social.

Descriptores: Centro de atención a largo plazo para ancianos; Servicios de salud para personas mayores; Salud del Anciano Institucionalizado, Atención Integral a la Salud Del Anciano, Atención Integral al Anciano. Red de assistência sanitaria para personas mayores.

1. *Introdução*

2. Introdução

O aumento da expectativa de vida, combinado com quedas acentuadas nas taxas de fertilidade levaram ao rápido envelhecimento das populações em todo mundo. Pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver até 60 anos ou mais¹

Na próxima década, projeta-se que o número de pessoas com 60 anos ou mais no mundo cresça 46%, tornando o aumento daqueles oficialmente classificados como idosos uma das “transformações mais significativas deste século”.²

As projeções realizadas pelas Nações Unidas mostram que no Brasil, a proporção de idosos dentro da população, por sua vez, dobraria para 23,5% em 24,3 anos, próximos ao ano de 2039³. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 40 anos; a população idosa vai triplicar no Brasil, passando de 19,6 milhões (10% do total), em 2010, para 66,5 milhões de pessoas em 2050 (29,3%). A mudança no perfil da população acontecerá em 2030, quando o número absoluto e o percentual de brasileiros com 60 anos ou mais de idade vão ultrapassar o de crianças de até 14 anos.⁴Recentemente a Fundação SEADE divulgou as projeções que indicam um aumento da proporção da população com 60 anos e mais chegando a 17,7%, em 2020; 23,4% em 2030 e 34,6%, em 2050, na região administrativa de São José do Rio Preto.⁵

Segundo Alexandre Kalache “a revolução da longevidade nos força a abandonar as noções existentes de velhice e de aposentadoria. Essa construção social é simplesmente insustentável diante do incremento de 30 anos de vida”.⁶

Este novo cenário implica na necessidade de repensar os modelos de atenção aos idosos, exigindo planejamento de políticas públicas; isto é, visando a garantia dos cuidados de longa duração tanto no ambiente familiar como nas instituições. Com a mudança nas estruturas familiares, principalmente, pela redução do número de membros e a impossibilidade dos cuidados aos idosos dependentes, a demanda por serviços e instituições

de longa permanência vem crescendo cada vez mais. Não existe uma definição específica para este tipo de cuidado. No entanto, ao longo dos anos foram surgindo legislações no intuito de regularizar e fomentar as diretrizes para estes estabelecimentos. Para ampliar as possibilidades na busca de soluções e políticas, é importante recuperar todo o arcabouço das legislações e ações construídas a partir da Constituição Cidadã na defesa dos direitos dos idosos, que passam a ser encarados como sujeitos com a garantia da saúde e educação como dever do estado, da família e sociedade.⁷

A Portaria nº 810/1989 foi a primeira a definir as Normas e Padrões de Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e outras instituições para idosos. Nesta portaria consideram-se instituições específicas para idosos, os estabelecimentos, com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender as pessoas com 60 anos ou mais anos de idade. Acolhem sob o regime de internato ou não, mediante pagamentos ou não, durante um período determinado e que dispõem de um quadro de funcionários para atender às necessidades de cuidados com a saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários e desenvolver outras atividades características da vida institucional. Esta Portaria define como deve ser a organização da instituição, a área física, as instalações e os recursos humanos.⁸

A lei n. 8080, de 1990 criou a Política Nacional de Saúde definindo ações de promoção, proteção e recuperação de saúde com a organização dos serviços.⁹ Em 07 de dezembro de 1993, através da lei n. 8742 é promulgada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que propõe ações de proteção aos cidadãos na velhice.¹⁰ A Lei n.8842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e criação dos Conselhos do Idoso foi publicada em 4 de janeiro de 1994.¹¹

Dentre as legislações setoriais, o Ministério da Saúde através da Portaria 1395, de 9 de dezembro de 1999 divulgou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) com ações de prevenção e promoção da Saúde, atendimento multidisciplinar e manutenção da capacidade

funcional. Estas proposições deveriam se efetivar com a ampliação da estratégia da Saúde da Família no SUS que foram adotadas a partir deste momento.¹²

No ano 2000, o Ministério do Desenvolvimento Social, através da Portaria n. 2854, de 20 de julho, institui modalidades de atendimento assistencial para crianças, idosos e indivíduos vulneráveis com prioridades estabelecidas. Utilizou como referência o rendimento familiar mensal per capita até meio salário mínimo e modalidades de assistência como: casalar, repúblicas, centros-dia, centros de convivência e atendimento domiciliar.¹³

Com relação à regulamentação das instituições de cuidado ao idoso, em 2001, o Ministério do Desenvolvimento Social expediu a Portaria n. 73 com normas de funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil, propondo modelos para o financiamento de projetos de Atenção à Pessoa Idosa.¹⁴

Um avanço legal importante aconteceu em outubro de 2003 quando através da Lei n. 10.741/2003 foi promulgado o Estatuto do Idoso garantindo direitos fundamentais, ações de proteção e criminalização do desrespeito a estes direitos.¹⁵ As instituições de longa permanência de idosos (ILPIs) são citadas no capítulo IV que fala da Política de Atendimento ao Idoso; o capítulo II artigo 48 em seu parágrafo único: As entidades governamentais e não governamentais de assistência ao idoso ficam sujeitas à inscrição de seus programas junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e do Conselho Municipal, Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa, especificando os regimes de atendimento. Quanto à Habitação no Cap. IX, artigo 37; “O idoso tem direito à Moradia digna no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou ainda em instituição pública ou privada. No parágrafo 3; “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. No artigo 50, capítulo II são explicitadas as obrigações das instituições

como contrato para a prestação de serviços, e a atividade de fiscalização pela Vigilância Sanitária, Ministério Público e Conselhos do Idoso.¹⁵

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) foi instituído com a promulgação da Política Nacional de Assistência Social (SUAS) propondo a Rede de Serviços de diferentes complexidades organizados em Proteção Social Básica e Proteção Social Especial com prioritário nas famílias.¹⁶ Com a implementação da NOB 01/05 Norma Operacional Básica de 14 de julho de 2005¹⁷ normatizando o SUAS, ficou estabelecido o atendimento nas ILPIs como serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade desenvolvidos em parceria com estados, municípios e sociedade civil. De acordo com esta Norma, os cuidados de longa permanência devem ser destinados aos idosos cujas famílias perderam as condições financeiras, físicas ou emocionais para o cuidado adequado. O Conselho Nacional de Assistência Social aprovou a NOB SUAS através da Resolução CNAS n. 33 em dezembro de 2012.¹⁸

A fiscalização das ILPIs foi regulamentada pela ANVISA com a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada RDC 283/05 de 26 de setembro de 2005 com orientações Técnicas e Normas de funcionamento das Instituições de Longa Permanência de Idosos, determinando a responsabilidade das Secretarias Estaduais e Municipais na implementação dos procedimentos e propostas.¹⁹

Na RDC são estabelecidos os seis indicadores de notificação anual e obrigatória para avaliação do desempenho e padrão da ILPI que são classificados de acordo com o grau de dependência dos Idosos e indicação do quadro de recursos humanos necessários. Também é preconizada uma articulação com os serviços públicos de saúde, com o estabelecimento de um plano de atendimento bianual.¹⁹

A Política Nacional da Atenção Básica divulgada pelo Ministério da Saúde através da portaria n. 648 de 28 de março de 2006, estabeleceu norma para a organização da Atenção

Básica, Programa Saúde da Família (PSF) e para o programa de Agentes Comunitários de Saúde(PACS).²⁰

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa foi publicada na Portaria n.2528 de 19 de outubro de 2006 com a finalidade primordial de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos. Sobretudo, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde em consonância com os princípios do SUS. Dentre as estratégias importantes está o inventário de risco funcional feito pela Atenção Básica na população idosa dos territórios inclusive dos que vivem nas Instituições de Longa Permanência de Idosos.²¹

Em 18 de julho de 2019, foi publicado o Decreto n. 9921,²² que consolida os atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. Na sessão II, artigo 16, são definidas como modalidades de atendimento asilar o atendimento, em regime de internato, à pessoa idosa sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, de alimentação, de saúde e de convivência social.

As modalidades não asilares de atendimento neste decreto são: I Centro de convivência - local destinado à permanência diurna da pessoa idosa, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania; II - centro de cuidados diurno: hospital-dia e centro-dia - local destinado à permanência diurna da pessoa idosa dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional; III - casa-lar - residência, em sistema participativo, cedida por órgãos ou entidades da administração pública, ou por entidades privadas, destinada às pessoas idosas detentoras de renda insuficiente para a sua manutenção e sem família; IV - oficina abrigada de trabalho - local destinado ao desenvolvimento, pela pessoa idosa, de atividades produtivas, que lhe proporcione a oportunidade de elevar sua renda, regido por normas específicas; V - atendimento domiciliar -

serviço prestado no lar da pessoa idosa dependente e que vive sozinha, por profissionais da área da saúde ou pessoas da própria comunidade, com a finalidade de suprir as suas necessidades da vida diária e VI - outras formas de atendimento - iniciativas desenvolvidas na própria comunidade, com vistas à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade. Também está estabelecida no seu artigo 19 a proibição de permanência em instituições asilares, de caráter social, de pessoas idosas que tenham doenças que exijam assistência médica permanente ou assistência de enfermagem intensiva, cuja falta possa agravar ou pôr em risco a sua vida ou a vida de terceiros. E a responsabilidade da avaliação médica pelo serviço de saúde local que poderá ser desenvolvida através do estabelecimento de contratos ou convênios com as instituições.²²

Muitas destas propostas não foram acompanhadas de induções financeiras e estratégias suficientes para serem efetivadas. As Normatizações mais recentes também não avançam na oferta de respostas para a construção da Rede de Atenção ao Idoso com ações integradas e intersetoriais para o desenvolvimento do Envelhecimento Ativo, ações de proteção, prevenção e promoção de saúde que atendam parte importante dos idosos independentes e fragilizados no ambiente familiar, institucionalizados ou fragilizados pela insuficiência familiar.²³

Tendo como referência a experiência do município de São José do Rio Preto que nos últimos 10 anos tem buscado uma parceria entre as Secretarias Municipais de Assistência Social, Saúde em conjunto com a Vigilância Sanitária e Unidades Básicas de Saúde envolvendo as ILPIs públicas e privadas na organização de fluxos de atendimento entre as Unidades Básicas e UPAs – Unidades de Pronto Atendimento de referência e a pactuação de protocolos de atenção e fornecimento de insumos.

Desafiados com as projeções de envelhecimento rápido da população da região, e diante da situação de parcerias frágeis dos municípios na área de Assistência Social e Saúde foi desencadeado um trabalho de integração com as secretarias municipais de Saúde e

serviços de Vigilância Sanitária Municipal no sentido de superar um processo de supervisão burocrática, tendo como base as proposições da RDC 283/05.¹⁹ Com a liderança do GVS XXIX e participação do DRS XV iniciou-se uma articulação com os níveis de gestão regional (GVS, DRS XV e DRADS) para uma reflexão sobre os modelos de acolhimento e cuidado de Idosos, na rede de serviços e, principalmente, nas instituições filantrópicas que historicamente foram assumindo este papel social. Na região em sua grande maioria em parceria com a Assistência Social Municipal, estes serviços denominados de forma genérica de Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI)²³, para atendimento integral a idosos, dependentes ou não, sem condições familiares ou domiciliares para a sua permanência na comunidade de origem. A estratégia escolhida foi olhar e propor articulações nas Regiões priorizadas, potencializando a integração das políticas públicas e dos serviços de saúde e sociais.

2. Objetivos

2. Objetivos

1. Descrever o perfil demográfico da população idosa e o perfil demográfico epidemiológico da população residente nas ILPIS da área de abrangência do GVS XXIX;
2. Propor indicadores para a qualificação do processo de apoio e monitoramento das ILPIS;
3. Implementar planilha de monitoramento das ILPIS com novos indicadores;
4. Identificar os desafios atuais das ILPIS e da Rede de Atenção à Pessoa Idosa.

3. Método

3. MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo de intervenção, de corte transversal com abordagem quantitativa.

Local de estudo

O estudo foi realizado nas ILPIs da área de abrangência do GVS XXIX da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizada a planilha de indicadores com inclusão das propostas da RDC e com acolhimento das propostas das vigilâncias sanitárias e Instituições

Este processo de construção iniciou-se em 18 de março de 2016 quando aconteceu o encontro regional entre as VISAs e ILPIs com apresentação do cenário das ILPIs. Discutiu-se um cronograma de trabalho para a construção da Rede de Atenção da Pessoa Idosa a partir da troca de experiências, pactuação de protocolos, ferramentas de acompanhamento (planilha de Indicadores) e projetos de educação permanente e continuada. Como objetivo de potencializar a Rede de Atenção à Pessoa Idosa iniciou-se uma articulação entre o GVS XXIX e o trabalho das Vigilâncias municipais no sentido de conhecer e articular as instituições como serviços importantes no acolhimento e cuidado dos idosos nos municípios. Nos anos de 2017 e 2018 outros encontros foram organizados, aproximando as equipes das Instituições da região com a ampliação de indicadores e ampliação do uso da planilha de monitoramento com registros mensais e envio anual facilitando os processos de trabalho em equipe, e as visitas da Atenção e Proteção Básica e do Controle Social.

A versão 2019 da planilha (Apêndice I) incorpora as propostas da RDC 283/05¹⁷ e inclui outras variáveis relacionadas à organização das ILPIs: capacidade instalada (quantidade de vagas autorizadas pela Vigilância em Saúde), Idosos residentes, Vagas disponíveis, procedência dos residentes (morador do município da ILPI, morador de outro município pertencente ao CIR, outro CIR, outro estado), vagas de centro dia e quantidade de ILPIs sem fins lucrativos. Variáveis demográficas: sexo, faixa etária (<60 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 a 89 anos e 90 anos e mais). Variáveis de apoio e cuidado: grau de dependência de acordo com a RDC 283/05 (Grau de Dependência I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda; Grau de Dependência II - idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; Grau de Dependência III - idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.¹⁷

Outras Variáveis incluídas estão relacionadas aos recursos humanos: Profissional de cuidado (profissionais de Enfermagem e cuidador), nutrição e limpeza. Variáveis doenças e agravos: óbitos, diarreia, escabiose, desidratação, lesão por pressão, desnutrição, quedas, fratura de fêmur, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), casos graves de HAS, Diabetes, Insulina dependente e número de internações. Variáveis de intervenções terapêuticas: Sondagem Vesical, Sondagem Nasogástrica, uso de antibióticos e uso de antidepressivos.

Variáveis relacionadas às ações de controle: Visitas da Vigilância Sanitária (VISA), Visitas da Promotora pública, visitas do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (CMDI), visitas da Atenção Primária à Saúde (APS), vacinação (quantidade de vacinas realizadas), distribuição de kits de curativos e unidades de medicamentos.

Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados

Após o preenchimento das planilhas de monitoramento pelas equipes das ILPIs e envio às Vigilâncias Municipais e GVS XXIX nos primeiros meses de 2020; os dados foram consolidados em uma planilha do Excel.

Os dados consolidados foram organizados com agrupamento dos dados das ILPIs, propondo uma análise por Regiões no sentido de ampliar o diagnóstico de situação e um desenho regional de Redes de Atenção.

Foram utilizados indicadores propostos pela RDC283/05¹⁷ e outros indicadores construídos pelo pesquisador.

Os indicadores para análise propostos pela RDC 283/05 foram os seguintes:

- Taxa de mortalidade em residentes ILPIs, por região/Ano:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes ILPIs,Região/Ano}}{\text{Número de idosos residentesILPIs ,Região/Ano}} \times 100$$

- Taxa de incidência de doença diarreica aguda em residentes ILPIs, Região/Ano:

$$\frac{\text{Número de novos casos de doença diarreica aguda em residentes,Região/Ano}}{\text{número de residentes ILPIs,Região/Ano}} \times 100$$

- Taxa de incidência de escabiose em residentes ILPIs, Região/Ano

$$\frac{\text{Número de novos casos de escabiose em residentes ILPIs,Região,Ano}}{\text{número de idosos residentes ILPIs,Região/Ano}} \times 100$$

- Taxa de incidência de desidratação em residentes ILPIs, Região/Ano:

$$\frac{\text{Número de residentes ILPIs,que apresentaram desidratação,Região/Ano}}{\text{número de residentes ILPIs,Região/Ano}} \times 100$$

- Taxa de prevalência de lesão por pressão em residentes ILPIs, Região/Ano:

$$\frac{\text{Número de residentes ILPIs, que apresentaram lesão por pressão, Região/Ano}}{\text{número de residentes ILPIs, Região/Ano}} \times 100$$

- Taxa de prevalência de desnutrição em residentes ILPIs, Região/Ano:

$$\frac{\text{Número de residentes, ILPIs que apresentaram desnutrição, Região/Ano}}{\text{número de residentes ILPIs, Região/Ano}} \times 100$$

- Taxa de prevalência de quedas em residentes ILPIs, Região/Ano:

$$\frac{\text{Número de residentes ILPIs, que apresentaram quedas, Região/Ano}}{\text{número de residentes ILPIs, Região/Ano}} \times 100$$

Os Indicadores criados para o estudo são apresentados a seguir:

- Taxa de vagas por idosos da Região/Ano:

$$\frac{\text{capacidade instalada, vagas autorizadas ILPI/Ano}}{\text{número de população Região com 60 anos e mais}} \times 1000$$

- Razão de Recursos Humanos por ILPI, Região/Ano :

$$\frac{\text{Total de profissionais de enfermagem, cuidador, nutrição e limpeza}}{\text{Número de ILPI do CIR}}$$

- Razão de profissionais de cuidado (Enfermagem, cuidadores) ILPIs, Região/Ano:

$$\frac{\text{Total de profissionais de cuidado nas ILPIs, Região/Ano}}{\text{Número de ILPI por Região/Ano}}$$

- Razão de profissionais de cuidado por residentes, ILPIs, Região/Ano:

$$\frac{\text{Total de profissionais de cuidado, ILPIs, Região/Ano}}{\text{Número de residentes ILPIs, Região/Ano}}$$

- Razão de profissionais de cuidado ILPIs por residente Grau III, Região/Ano:

$$\frac{\text{Total de profissionais de cuidado, ILPIs, Região/Ano}}{\text{Número de residentes Grau III, ILPIs, Região/Ano}}$$

- Taxa de prevalência de fratura de fêmur em residentes ILPIs, Região/Ano:

$$\frac{\text{Número de residentes ILPIs que apresentaram fratura de fêmur, Região/Ano}}{\text{número de residentes ILPIs, Região/Ano}} \times 100$$

- Média de Visitas da VISAs por ILPI, Região/Ano:

$$\frac{\text{Número de visitas ILPIs das VISAs realizadas por ano}}{\text{número de ILPIs da Região/Ano}}$$

- Média de Visitas da Promotoria por ILPI, região/Ano:

$$\frac{\text{Número de visitas da Promotoria realizadas por ano}}{\text{número de ILPIs da Região/Ano}}$$

- Média de Visitas dos CMDI- Conselhos dos Direitos do Idoso ILPI, Região/Ano:

$$\frac{\text{Número de visitas dos CMDIs realizadas por ano}}{\text{número de ILPIs da Região/Ano}}$$

- Média de Visitas das equipes da ABásica (ESF/NASF) ILPI, Região/Ano:

$$\frac{\text{Número de visitas ILPIs da AB realizadas por Região/ano}}{\text{número de ILPIs da Região}}$$

- Residentes ILPIs com vacinação em dia ILPI, Região/Ano:

$$\frac{\text{Número de Residentes ILPIs com vacinação em dia Região/Ano}}{\text{número de Residentes ILPIs, Região/Ano}}$$

- Média Kits de curativos fornecidos Prefeitura Municipal ILPI, Região/Ano:

$$\frac{\text{Número de Kits de curativos fornecidos ILPIs, Região/Ano}}{\text{número de Residentes ILPIs, Região/Ano}}$$

- Média Unidades de Medicamentos fornecidos Prefeitura Municipal, ILPIs

Região/Ano:

$$\frac{\text{Número de Unidades de Medicamentos fornecidos PM, ILPIs, Região/Ano}}{\text{número de Residentes ILPIs, Região/Ano}}$$

Para análise dos indicadores foi utilizada a estatística descritiva, foram construídas Tabelas de contingência com cálculo de indicadores como incidência, prevalência de doenças e agravos, mortalidade e razões.

Questões éticas

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FAMERP, sob o número CAAE 10490319.0000.5415, Parecer nº 3.706.1351. Uma cópia do documento com aprovação do CEP encontra-se no Anexo III.

4. Resultados

4. RESULTADOS

A área de abrangência do GVS XXIX (Figura 1) conta com 67 municípios e uma população total de 1.293.390 habitantes em que 17,6% são idosos (60 anos ou mais) (Tabela 1).

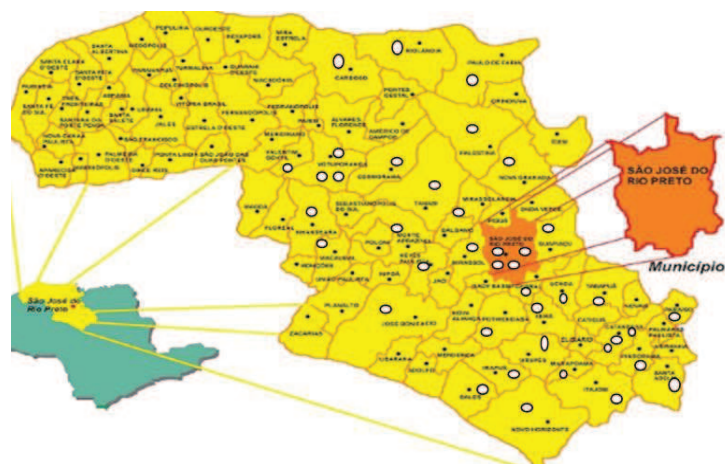


Figura 1: Mapa da da região do DRS XV e GVS XXIX com identificação espacial das ILPIs sem fins lucrativos.

A área de abrangência do GVS XXIX está definida com os municípios pertencentes às quatro Regiões, sendo elas: Catanduva, José Bonifácio, São José do Rio Preto e Votuporanga, esta última com maior percentual de idosos (20,0%). O grupo de 60-69 anos com 116.344 habitantes correspondendo à 50,80% da população das CIRs. A Tabela 1 caracteriza as Regiões de acordo com a quantidade de municípios e distribuição populacional total e por faixa etária.

Tabela 1. Distribuição da população total e faixa etária, segundo Região GVS XXIX, 2019

REGIÃO	Municípios	População total	Pop > 60 anos		Faixa etária (anos)		
			N	%	60-69	70-79	80 e +
Catanduva	19	306.127	54.249	17,7	29.506	17.081	7.662
J. Bonifácio	11	100.182	16.354	16,3	7.170	4.026	1.849
Votuporanga	17	183.058	36.601	20,0	19.865	11.629	5.207
S.J Rio Preto	20	704.023	121.806	17,3	59.803	22.100	16.282
Total	67	1.293.390	229.010	17,6	116.344	54.836	31.000

Dos 67 municípios que compõem as quatro Regiões CIRs da área de Abrangência do GVS XXIX; 33 (49,25%) dispõem de ILPIs. Das 97 Instituições de Longa Permanência cadastradas; 41 (42,26%) são sem fins lucrativos (Tabela 2). O número de Instituições com fins lucrativos tem se ampliado nos últimos anos e estão concentradas nos municípios sede das Regiões, principalmente, no município de São José do Rio Preto. (89,28%).

Tabela 2: Instituições de longa permanência de idosos com e sem fins lucrativos, segundo Regiões e municípios com ILPI, GVS XXIX, dezembro de 2019.

Regiões	Municípios	Municípios c/ ILPIs - N (%)	ILPIs s/fins	
			Lucrativos	ILPIs c/fins lucrativos
Catanduva	19	11 (57,89)	14	02
J. Bonifácio	11	02 (18,18)	02	01
Votuporanga	17	08 (47,05)	10	03
SJ Rio Preto	20	12 (60,00)	15	50
TOTAL	67	33 (49,25)	41	56

De acordo com os registros analisados, na Tabela 3, percebemos que até 1950 iniciaram as suas atividades quatro instituições sem fins lucrativos; sendo três na Região de Rio Preto. O Período de 1950 a 1970 teve o maior incremento com aberturas de 18 instituições sem fins lucrativos. Nos últimos 10 anos somente duas instituições sem fins lucrativos iniciaram as suas atividades.

Tabela 3. ILPIs sem fins lucrativos por período de início das atividades na Região do GVS XXIX

Região	Catanduva	SJRio Preto	J Bonifácio	Votuporanga	Total
Período					
1930-1950	1	3	0	0	4
1951-1970	6	6	2	4	18
1971-1990	3	3	0	3	9
1991-2010	3	2	0	3	8
2011-2020	1	1	0	0	2
Total	14	15	2	10	41

Atualmente, na área de abrangência do GVS XXIX existem 41 ILPIs sem fins lucrativos com capacidade instalada de 1402 vagas, das quais 1297(92,5%) estão ocupadas e 105 (7,50%) disponíveis. Segundo indicador proposto, a taxa de vagas para idosos foi de 6,1/1000 habitantes com 60 anos ou mais (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição por regiões das vagas nas ILPIs na Área de abrangência do GVS XXIX, 2019

Região	ILPIs sem fins lucrativos	População ≥ 60 anos	Capacidade Instalada		Ocupação		Vagas disponíveis		Txde vagas para idosos*
			N	%	N	%	N	%	
Catanduva	14	54.249	522	37,2	475	88,9	47	9,0	9,6
SJRio Preto	15	121.806	474	33,8	455	94,7	19	4,0	3,9
José Bonifácio	2	16.354	92	6,6	82	100	10	10,9	5,6
Votuporanga	10	36.601	314	22,4	285	92,3	29	9,2	8,6
TOTAL	41	229.010	1402	100	1297	92,5	105	7,5	6,1

* Por 1000 habitantes > 60 anos

A Tabela 5 mostra a procedência dos residentes das ILPIs sem fins lucrativos nas regiões. Observa-se que 78,6% dos residentes são do próprio município da ILPI. As Regiões de São José do Rio Preto e Catanduva foram as que apresentaram maiores percentuais (81,6% e 76,4%) como serviços de referência municipais. José Bonifácio apresentou uma quantidade maior de residentes procedentes de outros municípios da

Região (47,8%). As regiões de Votuporanga e Catanduva foram as que acolheram pessoas procedentes de outras Regiões (2,9% e 1,0%, respectivamente). Apesar de menor o número de residentes procedentes de outros estados (1,2%); São José do Rio Preto e Votuporanga apresentaram, 0,7% e 0,5% respectivamente.

Tabela 5: Procedência dos residentes das ILPIs sem fins lucrativos, segundo Região, GVS XXIX, 2019.

Região	Município		Outro Município do CIR		Outra CIR		Outro Estado		Ocupação	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Catanduva	399	76,4	71	13,6	5	1,0	0	0,0	475	91,0
São José do Rio Preto	387	81,6	53	11,2	12	2,5	3	0,7	455	96,0
José Bonifácio	38	41,3	44	47,8	0	0	0	0	82	89,1
Votuporanga	196	62,4	79	25,2	9	2,9	1	0,5	285	90,8
TOTAL	1020	78,6	247	19	26	2	4	1,2	1297	92,5

A distribuição dos residentes por sexo encontra-se na Tabela 6, observa-se uma homogeneidade entre os sexos em todas as Regiões; sendo o masculino ligeiramente superior (50,6%). A faixa etária predominante foi de 60 a 79 anos (65,7%) e 31,7% de residentes com mais de 80 anos. Foram encontrados 34 residentes (2,6%) com menos de 60 anos. Com relação ao grau de dependência, a Tabela 6 mostra que 43,3% como Grau I; 38,1% como grau II e 18,6% como grau III.

Tabela 6: Variáveis demográficas e grau de dependência dos idosos residentes das ILPIs, segundo Região, GVSXXIX, 2019

Regiões			Catanduva	José Bonifácio	São José do Rio Preto	Votuporanga	Total	
Sexo	Feminino	N	237	35	227	137	636	
		%	49,9	42,7	49,9	48,1	49,4	
	Masculino	N	238	47	228	148	661	
		%	50,1	57,3	50,1	51,9	50,6	
Faixa etária	<60 anos	N	15	0	14	5	34	
		%	3,2	0	3,1	1,8	2,6	
	60 a 69 anos	N	171	16	91	73	351	
		%	36	19,5	20	25,6	27,1	
	70 a 79 anos	N	151	38	194	117	500	
		%	31,8	46,3	42,6	41,1	38,6	
	80 a 89 anos	N	64	23	115	67	269	
		%	13,5	28,0	25,3	23,5	20,7	
	90 anos e mais	N	74	5	41	23	143	
		%	15,6	6,1	9,0	8,1	11,0	
	Grau de dependência	Grau I	N	222	42	170	128	562
			%	46,7	51,2	37,4	44,9	43,3
Grau II		N	177	33	166	118	494	
		%	37,3	40,2	36,5	41,4	38,1	
Grau III		N	76	7	119	39	241	
		%	16	8,5	26,2	13,7	18,6	
Residentes	N	475	82	455	285	1297		
	%	36,6	6,3	35,1	22,0	100,0		

O diagnóstico de Alzheimer foi estabelecido para 190 (14,64%) residentes das ILPIs. Destaque às ILPIs da região de José Bonifácio com 57,31% dos residentes com diagnóstico de Alzheimer e 47,56 classificados como grau III. Na região de Rio Preto este percentual, em 2019, foi de 14,50 %.

Tabela 7: Distribuição dos idosos residentes classificados como grau III e com diagnóstico de Alzheimer nas ILPIs da Área de Abrangência do GVS XXIX, 2019.

Região	Total residentes	GRAU III	%	Diagnostico Alzheimer	%
Catanduva	475	76	16	53	11,1
SJRio Preto	455	119	26,1	66	14,5
José Bonifácio	82	39	47,5	47	57,3
Votuporanga	285	7	2,4	24	8,4
Total	1297	241	18,5	190	14,6

A planilha de indicadores utilizada, em 2019, tendo como referência os parâmetros da RDC 283/05¹⁷ incluiu os indicadores de profissionais de cuidado compreendendo nesta classificação, os denominados cuidadores e profissionais de Enfermagem.

A distribuição de recursos humanos por Região está na Tabela 7. Nota-se que Catanduva possui entre o total de funcionários; 63,13% de profissionais de cuidado (Enfermagem e cuidador); José Bonifácio 51,1%; São José do Rio Preto 63,8% e Votuporanga 61,6%. Na região de José Bonifácio encontramos o menor número de cuidadores com o quadro de profissionais de Enfermagem na maior proporção, em contrapartida apresentou a menor relação de profissionais de cuidado por ILPI, e o maior percentual (28,88%) de profissionais de limpeza. Os profissionais de cuidado correspondem a mais da metade do total de recursos humanos das instituições; com destaque para a região de São José do Rio Preto (63,89%) e Catanduva (63,13%). Na

comparação de profissionais de cuidado por residente Grau III, a região de Rio Preto apresenta o menor indicador e a região de José Bonifácio, o maior (Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição de recursos humanos por Região, GVS XXIX, 2019

	Catanduva		José Bonifácio		SJ Rio Preto		Votuporanga	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Enfermagem	117	42,7%	22	48,8%	90	32,4%	49	36,8%
Cuidador	56	20,4%	1	2,2%	87	31,4%	33	24,8%
Nutrição	42	15,3%	9	20%	51	18,4%	23	17,2%
Limpeza	59	21,5%	13	28,8%	49	17,6%	28	21,0%
Total	274	100,0%	45	100,0%	277	100,0%	133	100,0%
ILPI	14		2		15		10	
RH/ILPI	19,5		22,5		18,4		13,3	
Profissional de cuidado/ILPI	12,3		11,5		11,8		8,2	
Profissional de cuidado/total rh	63,1		51,1		63,8		61,6	
Profissional de cuidado/residente	0,3		0,2		0,3		0,2	
Profissional de cuidado/ Grau III	2,2		3,2		1,4		2,1	

Os agravos que acometem os idosos nas ILPIs estão na Tabela 8. Nota-se que a mortalidade foi de 17,4% no total das Regiões; José Bonifácio apresentou maior taxa (28,0%). A diarreia foi incidente em 9,1% no total e São José do Rio Preto foi a região que mais apresentou casos (13,0%). A escabiose ocorreu em 2,2% dos idosos nas Regiões e também foi mais frequente em São José do Rio Preto (4,2%). A desidratação acometeu 2,6% dos idosos, sendo a Região de Votuporanga a mais incidente (5,6%). As

lesões por pressão prevaleceram 4,3% na área de abrangência das CIRs; sendo maior em Votuporanga (8,1%) e José Bonifácio (7,3%). A desnutrição atingiu 1,1% do total de idosos, sendo relativamente homogênea a sua distribuição entre as Regiões; apenas José Bonifácio não apresentou casos. A prevalência de quedas foi de 22,1% no total; São José do Rio Preto foi a mais prevalente (32,5%), seguida por José Bonifácio (30,5%). As fraturas de fêmur acometeram 1,9% dos idosos da área de abrangência das Regiões e Votuporanga e José Bonifácio tiveram a maior taxa (respectivamente, 2,5% e 2,4%).

As doenças como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) acometeram 55,0% dos idosos: São José do Rio Preto (67,5%) e José Bonifácio(62,2%) tiveram as maiores taxas de prevalência. Os casos graves foram de 4,2%; mais prevalentes em São José do Rio Preto (5,1%) e Catanduva (4,6%) (Tabela 9).

O Diabetes Mellitus prevaleceu em 19,8% dos residentes das ILPIs, José Bonifácio e Catanduva foram as Regiões com maiores taxas (31,7% e 20,7%, respectivamente). Os casos de insulino-dependentes foram frequentes em 7,1% do total; mais prevalentes na Região de Jose Bonifácio (17,1%). Na região ocorreram 333 internações durante o ano de 2019, sendo 47,1% destas da Região de São José do Rio Preto (Tabela 9).

Tabela9: Distribuição das doenças e agravos, segundo região GVS XXIX, 2019.

Agravos	Região	Catanduv a	José Bonifácio	S.J Rio Preto	Votuporanga	Total
Óbitos						
Casos		79	23	81	43	226
Tx Mortalidade(%)		16,6	28,0	18,0	19,5	17,4
Diarreia						
Casos		25	7	59	27	118
Tx Incidência (%)		5,3	8,5	13,0	9,5	9,1
Escabiose						
Casos		5	1	19	4	29
Tx Incidência (%)		1,1	1,2	4,2	1,4	2,2
Desidratação						
Casos		6	1	11	16	34
Tx Incidência (%)		1,3	1,2	2,4	5,6	2,6
Lesão por pressão						
Casos		15	6	12	23	56
Tx Prevalência (%)		3,2	7,3	2,6	8,1	4,3
Desnutrição						
Casos		6	0	6	3	15
Tx Prevalência (%)		1,3	0,0	1,3	1,1	1,1
Quedas						
Casos		54	25	148	60	287
Tx Prevalência (%)		11,4	30,5	32,5	21,1	22,1
Fratura de Fêmur						
Casos		7	2	9	7	25
Tx Prevalência (%)		1,5	2,4	2,0	2,5	1,9
HAS						
Casos (%)		222 (48,8)	51 (62,2)	307 (67,5)	134 (47,0)	714(55,0)
Grave (%)		21 (4,6)	0 (0,0)	23 (5,1)	10 (3,5)	54 (4,2)
Diabetes						
Casos (%)		94 (20,7)	26 (31,7)	82 (18,0)	55 (19,3)	257(19,8)
Insulinodependentes(%)		26 (5,7)	14 (17,1)	27 (5,9)	25 (8,8)	92 (7,1)
Internações						
Número	Internações, Região/Ano	99	67	157	10	333
% Internações residentes	ILPIs	29,7	20,1	47,1	3,0	100,0

Os procedimentos estão descritos na Tabela 10, mostrando que a sondagem vesical foi realizada em 10,7% dos idosos; sendo maior no Região de São José do Rio Preto (26,4%). A Sondagem Nasogástrica ocorreu em 3,0% dos idosos, mais frequente em José Bonifácio (3,7%) e São José do Rio Preto (3,3%). O uso de medicamentos como antibióticos ocorreu em 32,8%, Catanduva foi a Região com maior percentual de utilização (47,6%). O antidepressivo foi usado por 15,7% dos idosos, Votuporanga obteve um percentual de 24,9% de utilização e José Bonifácio não utilizou (Tabela 10).

Tabela 10: Distribuição dos procedimentos realizados, ILPIs, segundo Regiões, GVS XXIX, 2019.

Intervenções		Catanduva	José Bonifácio	São José do Rio Preto	Votuporanga	Total
Sonda Vesical	N	11	2	120	5	138
	%	2,3	2,4	26,4	1,8	10,7
Sonda Nasogástrica	N	13	3	15	8	39
	%	2,7	3,7	3,3	2,8	3,0
Antibióticos	N	226	12	119	68	425
	%	47,6	14,6	26,2	23,9	32,8
Antidepressivos	N	76	0	57	71	204
	%	16,0	0,0	12,5	24,9	15,7

As ações de controle estão listadas na Tabela 11. As visitas da Vigilância em Saúde e da promotoria pública foram mais frequentes no Região de São José do Rio Preto (66,2% e 57,1%, respectivamente), a do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (CMDI) foi mais frequente na Região de Catanduva (60,0%) e a da atenção primária à saúde (APS) em Votuporanga (49,5%).

Tabela 11: Distribuição das ações de controle ,segundo Regiões , GVS XXIX , 2019

Regiões	Catanduva	J.Bonifácio	SJ Rio Preto	Votuporanga	Total
Ações					
Visitas VISAs/ILPI	27(1,9)	15 (7,5)	139 (9,2)	29 (2,9)	210 (5,2)
VisitasPromotoria Pública/ILPI	2 (0,1)	0	8 (0,5)	4 (0,4)	14 (0,3)
Visitas CMDI/ILPI	15 (1,)	0	4 (0,2)	6 (0,6)	25 (0,6)
Visitas AB/ILPI	69 (4,9)	51 (25,5)	132 (8,8)	247 (24,7)	499 (12,4)

Foram encontrados 1232 residentes com vacinação em dia o que corresponde a 94,9% dos residentes nas ILPIs. Foram distribuídos pelas Prefeituras no ano 10.778 Kits de curativos com uma média de 654,5 Kits por ILPI na Região de São José do Rio Preto. Houve fornecimento de 963.178 unidades de medicamentos com uma média de 742,6 unidades de medicamento por residente das ILPIs das Regiões. (Tabela12).

Tabela 12: Distribuição dos Indicadores de integração,ILPIS, segundo Região, GVSXXIX , 2019.

Região	Catanduva	J.Bonifácio	SJ Rio Preto	Votuporanga	Total
Indicadores					
IdososVacinação Atualizada/(%)	459 (96,6)	82 (100)	414 (90,9)	277 (97,1)	1232 (94,9)
Kit Curativos/ ILPIs, Região	214 (15,2)	320 (160)	9818 (654,5)	426 (42,6)	10778 (262,9)
Un.Medicamentos Residentes ILPIs/Região	371.840 (782,8)	13.220 (161,2)	433.029(951,7)	145.089 (509)	963.178 (742,6)

Na região existem 75 vagas de centro dia em parceria com as ILPIs da área de abrangência das Regiões ; sendo 90,7% no Região de São José do Rio Preto. As Regiões de José Bonifácio e Votuporanga não apresentaram nenhuma vaga de centro dia em ILPI .(Tabela 13).

Tabela 13: Distribuição de vagas de centro dia oferecidas pelas ILPIs da Área de Abrangência do GVS XXIX dezembro de 2019.

Região	ILPI	Vagas de Centro dia	%
Catanduva	14	7	9,3
José Bonifácio	2	0	0,0
São José do Rio Preto	15	68	90,7
Votuporanga	10	0	0,0
Total	41	75	100,0

A Tabela 14 apresenta a distribuição de voluntários cadastrados e de estagiários nas ILPIs, mostrando que apenas 14(34,1%) das 41 ILPIs contam com pessoal voluntário e ou estagiários.

Tabela 14: Distribuição de voluntários cadastrados e de estagiários nas ILPIs da Área de Abrangência do GVS XXIX 2019.

Região	ILPI	ILPIs com voluntários cadastrados	Voluntários cadastrados	Estagiários
Catanduva	14	3	13	3
José Bonifácio	2	1	21	1
São José do Rio Preto	15	5	51	3
Votuporanga	10	5	10	1
Total	41	14	95	8

5. Discussão

5. Discussão

A realidade demográfica da área de abrangência do GVS XXIX, em 2019, apresentou um percentual de 17,6% da população com mais de 60 anos. Na região de Votuporanga, este percentual foi de 20% da população total no mesmo ano. Segundo as projeções da SEADE²³, a região da DRS XV terá 23,4% de idosos em 2030. Este fato revela uma tendência de envelhecimento populacional cada vez mais acelerada e desafiadora para a atenção a esta população.^{2-3,6,24-26} Isto reforça a necessidade de continuidade e aprofundamento do diagnóstico dos serviços existentes e ampliar as discussões dos modelos de atenção e cuidado que possam atender as necessidades atuais e dos próximos anos.²⁷⁻²⁸

Este novo cenário, aliado às mudanças nas estruturas familiares, principalmente, pela redução do seu número de membros, pelas dificuldades econômicas e psicossociais, além da vulnerabilidade e redução da capacidade funcional das pessoas idosas, proporciona muitas vezes, impossibilidade dos cuidados pela família, que acaba por procurar serviços e ILPIs para acolher essas pessoas.²⁹⁻³¹

Em resposta a essa crescente demanda, tem ocorrido um incremento na criação de ILPIs. No Brasil, segundo levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA); 1,5% da população de idosos é institucionalizada e foram identificadas 3.548 instituições no território brasileiro, das quais 1.617 eram filantrópicas e conveniadas. Em 2012, foram recenseadas 1.227 instituições pelo SUAS, em 2014, 1.451.²⁸

Na perspectiva de construção, gestão e avanços desta Rede de Atenção, a amostra deste estudo priorizou as 41 ILPIs sem fins lucrativos com parcerias com os municípios com trabalho histórico desenvolvido por estas instituições significa uma

experiência acumulada a ser absorvida com o reconhecimento de toda a sociedade. Estas ILPIs que já desenvolvem parcerias com os municípios apresentam possibilidades maiores para a qualificação do monitoramento rotineiro dos indicadores prioritizados com o fortalecimento de um plano de ação com metas e ações integradas com a gestão municipal e comunidade.

Durante os últimos quatro anos, o GVS XXIX e o DRS XV têm desenvolvido um trabalho de aproximação e encontros entre as gestões municipais de Saúde, Assistência Social e Vigilâncias Sanitárias Municipais. Têm como objetivo uma integração entre os serviços e consolidação do monitoramento com a implantação de uma ferramenta (planilha de indicadores) a serem registrados e discutidos pelas equipes das ILPIs, Unidade Básicas de Referência / Atenção Primária, gestores da Saúde e Assistência Social, Equipes de Vigilância Sanitária e controle social (CMDIs, Promotoria Pública).

Estas instituições iniciaram suas atividades na região a partir de 1930, sendo criadas 18 no período de 1951 a 1970 e oito no período de 1991 a 2010. Nos últimos anos apesar do envelhecimento populacional apenas uma ILPI sem fins lucrativos iniciou suas atividades. Na pesquisa Ipea ²⁸realizada nos anos de 2007-2009; 25% das ILPIs iniciaram suas atividades a partir do ano 2000. Diferente das regiões estudadas, nas quais 43,90 % destas instituições tiveram início de atividades no período de 1951 a 1970. Dos 67 municípios somente 33 (49,2%) possuem ILPI. Nas Regiões, a de José Bonifácio apresenta nove municípios sem ILPI. De acordo com o cadastro nas VISAs e GVS, a capacidade instalada é de 1402 vagas autorizadas pela VISA no ano de 2019. De acordo com o indicador proposto para a razão de vagas ofertadas pela população com mais de 60 anos, encontramos uma média de 6,1 vagas por 1000 idosos na área de abrangência. A região de São José do Rio Preto é a que apresenta a menor razão: 3,9

vagas por 1000. Este indicador de avaliação anual numa série histórica poderá evidenciar uma dimensão da evolução da população idosa e das vagas ofertadas nesta modalidade de serviços.

O número de vagas disponíveis foi 105 ,em dezembro de 2019;o que corresponde a 7,5% das vagas ofertadas na Região. Apesar do número pequeno de vagas este também poderá ser um indicador e avaliação anual nas regiões, potencializando a organização da Rede Regional. A maioria destas instituições acabam mostrando um caráter municipal, mas a característica dos pequenos municípios próximos,sem opções de vagas tenderão a organizar parcerias para atender estas necessidades como acontece na região de José Bonifácio com 2 ILPIs; acolhe 47,8 idosos provenientes de outros municípios.Nesse sentido, este município funciona como uma referência regional considerando-se que apenas dois municípios desta região possuem ILPI.

A média de residentes por instituição foi 31,63, sendo que na região de José Bonifácio esta média foi maior (44 residentes).A faixa etária predominante foi de 60 a 79 anos (65,7%) e 31,7% de residentes com mais de 80 anos, resultado semelhante foi encontrado na Literatura.³¹Esta realidade retrata o envelhecimento e longevidade da população residente, apontando para os desafios no cuidado à saúde nos próximos anos.

Nas 41 instituições analisadas foram encontrados 2,6% de residentes com menos de 60 anos.de idade, percentual menor do que encontrado no Censo SUAS onde foram identificados 7,4% dos residentes não idosos.³²Essa situação tem sido frequente, contrariando o próprio estatuto ou contrato social da entidade, além das normas da RDC 283/05. Ocorre muitas vezes porque a família não tem estrutura para cuidar, ou a pessoa não tem família. Geralmente essas pessoas foram acometidas por agravos limitantes

para o autocuidado, como deficiências variadas, físicas ou mentais, ou usuários de drogas lícitas ou ilícitas, dentre outros.³²

Na distribuição dos residentes por sexo, observa-se uma homogeneidade em todas as Regiões, sendo o masculino ligeiramente superior (50,6%). A Literatura mostra achados diferentes^{29, 31, 33}, com predomínio de mulheres. Esse achado tem sido explicado pelo fato da população nacional feminina ser maior do que a masculina, pela maior longevidade feminina e viuvez em relação aos homens, deparando-se com situações econômicas desfavoráveis e também pela maior exposição dos homens a fatores de risco à saúde, como o consumo de álcool e tabaco, além da menor frequência em consultas médicas.^{33,34} Com relação ao grau de dependência, é possível que seja influenciado pelo tipo, e a frequência de atividades ofertadas podem influenciar na funcionalidade dos idosos. Assim, é importante incentivar a participação dos idosos institucionalizados em diferentes atividades, especialmente, aquelas que promovem a mobilidade e o equilíbrio.³⁰

Utilizando os critérios propostos na RDC 283/05¹⁸, os residentes foram assim classificados pelas equipes por grau de dependência: 43,3% como Grau I; 38,1% como grau II e 18,6% como grau III. Analisando esta classificação encontramos na região de São José do Rio Preto, um percentual de 26,2% Idosos institucionalizados e 8,5% na Região de José Bonifácio classificados como Grau III. A Literatura mostra estudos realizados em 125 idosos residentes em instituições sem fins lucrativos, a dependência total apareceu em 43,2% (n=54) e a independência foi observada em 41,6% (n=52).³⁵ Outros estudos demonstram que em instituições privadas, o acolhimento de idosos dependentes corresponde em 83,1%, 53,6% e 32,10%.³⁶ Estas diferenças alertam para a necessidade de empoderamento das equipes das Instituições e equipes de saúde de

referência para os protocolos de classificação, utilizando a avaliação Global do Idoso como uma rotina a ser implantada.

O diagnóstico de Alzheimer foi estabelecido para 190 residentes nas ILPIs, correspondendo a 14,64%(n=190) dos residentes. Destaque às ILPIs da região de José Bonifácio com 57,31%(n=47) dos residentes com diagnóstico de Alzheimer e 47,56classificados como grau III. Também, para a região de Votuporanga com 8,42% com diagnóstico de Alzheimer e 2,45% classificados como grau III.

Estudo realizado, em 2010³⁷, identificou 9,95% casos com diagnóstico de Alzheimer. Na região de Rio Preto este percentual, em 2019, foi de 14,50%. Estas diferenças na classificação do grau de dependência e diagnósticos de demências efetivadas precisam ser melhor esclarecidas. Apontam para o desafio de Pactuação de padronização na classificação de grau de dependência e na qualificação do diagnóstico de Alzheimer através de um plano de educação permanente das equipes das ILPIs e serviços de Referência do SUS e SUAS. A região de José Bonifácio merece um estudo mais aprofundado de realidade, observando-se o fato de a região só contar com duas ILPIs, funcionando como referência dos outros nove municípios; o que pode explicar os percentuais de grau III e diagnósticos de Alzheimer acima da média das outras regiões.

Estudo aponta como fatores que predisõem a mortalidade de idosos institucionalizados: a idade avançada, dependência para realizar as atividades de vida diária e locomoção e recomenda a prática de exercícios para minimizar os efeitos deletérios do envelhecimento, além do atendimento multidisciplinar ao idosos.³⁹ Além disso, os idosos ficam expostos a riscos relacionados às condições inadequadas de estrutura física, recursos humanos e assistenciais, que comprometem seu estado de saúde.

Dos indicadores de monitoramento propostos pela RDC 283/05¹⁸, identificou-se que a taxa de mortalidade nas ILPIs das regiões foi de 17,4% no ano de 2019 com destaque para as Instituições da região de José Bonifácio. Estas apresentaram uma taxa de mortalidade neste ano de 28,0%. Importante destacar que nos próximos monitoramentos seja incluída a causa destes óbitos.

Com relação às taxas de incidência de doença diarreica aguda e de incidência de escabiose, as taxas identificadas nas ILPIs foram de 9,1% e 2,2%, respectivamente, com destaque para as ILPIs da região de São José do Rio Preto que apresentaram as taxas acima da média geral de 13% (n=59) e 4,2% (n=19). A taxa de incidência de desidratação foi de 2,6% (n=34) nas ILPIs com destaque para as ILPIs da região de Votuporanga com a taxa de 5,6% (n=16).

É importante esclarecer que a incidência de diarreias agudas em ILPIs representa um indicador para avaliação das condições de saúde dos idosos. Pode representar um problema iatrogênico por contaminação cruzada relacionado à lavagem inadequada das mãos, má higienização de utensílios compartilhados, condições sanitárias inadequadas e ao uso inadequado de antibióticos.⁴⁰

As taxas de prevalência de lesão por pressão foram de 4,3% e de prevalência de desnutrição de 1,1. Podemos com estes dados questionar até que ponto as taxas mais altas podem significar uma melhor rotina de registro. De qualquer maneira é importante incentivar o registro no momento do diagnóstico para identificação pelas equipes de situações de alerta.

Alguns indicadores importantes foram incluídos no monitoramento de 2019 como doenças crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes); assim como, agravos (Quedas e Fratura de Femur) cuja dimensão ainda é pouco avaliada pelas equipes. Com os dados levantados verificou-se nas ILPIs uma prevalência de Hipertensão Arterial de

55% com destaque para as ILPIs das regiões de São José do Rio Preto com prevalência de 67,5%(n=307) e de José Bonifácio com 62,2%. Na pesquisa Nacional de Saúde de 2013⁴¹, a prevalência de Hipertensão Arterial referida foi de 21,4%; maior entre mulheres 24,2% e indivíduos com mais de 75 anos, 55%. Cabe destacar que nem todas as equipes das ILPIs realizam uma avaliação de risco, sendo que em José Bonifácio estes dados não foram registrados. A prevalência de casos de diabetes nas ILPIs foi de 19,8%, com destaque para as ILPIs de José Bonifácio com uma taxa de prevalência de 31,7%. A prevalência de Diabetes aferida na pesquisa de Dimensões Sociais das Desigualdades em 2008 foi de 7,5% a 9,4% na população. O monitoramento qualificado das condições crônicas com classificação de risco é um dos desafios para as ILPIs e para a Atenção Primária com projetos terapêuticos singulares para cada idoso.

A taxa de prevalência de quedas e de fratura de fêmur criadas para estudo como prioritárias no monitoramento destas instituições foi de 22,1%; nas ILPIs das regiões de São José do Rio Preto 32,5% e José Bonifácio 30,5%. O percentual de quedas registradas no ano de 2019 é menor do que o relatado em outros estudos.⁴²⁻⁴⁵

Na questão dos recursos humanos, as Instituições enfrentam desafios importantes que passam pela falta de financiamento, o envelhecimento da população residente com ampliação das necessidades de cuidados de saúde, as pressões dos conselhos profissionais e o enquadramento das exigências propostas pela vigilância sanitária e a ausência prática do trabalho em Redes. A RDC 283/05¹⁸ propõe os seguintes parâmetros de difícil aplicação no dia a dia das instituições com relação de cuidadores por residentes de acordo com o grau de dependência; assim, distribuídos: grau I – 1/20 idosos (8 horas por dia), grau II – 1/10 idosos por turno e grau III 1/6 idosos por turno. Nesta proposição, a RDC não se adequa mais à realidade atual da rotina das Instituições.¹⁸

Dos indicadores propostos para a construção de uma série histórica e avaliação dos recursos humanos, destacamos o de profissionais de cuidado por idoso residente e classificado no grau de dependência III com os seguintes valores Catanduva 2,27, José Bonifácio 3,2, São José do Rio Preto 1,4 e Votuporanga 2,1. No indicador de profissionais de cuidado por idoso residente encontramos os seguintes valores: Catanduva 0,3; José Bonifácio 0,2; São José do Rio Preto 0,3 e Votuporanga 0,2.

De acordo com os dados obtidos nota-se que o quadro de recursos humanos é diverso no número e percentuais de cuidadores e profissionais de Enfermagem. Para uma melhor análise foram agrupados o quadro de Enfermagem e cuidadores identificados como “profissionais de cuidado”. Comparando o percentual destes grupos com o total de recursos humanos das instituições das regiões, os profissionais de cuidado correspondem a 62,4%. Os percentuais dos profissionais de cuidado nas ILPIs das regiões estão assim distribuídos: Catanduva 63,1%; José Bonifácio 51,1%; São José do Rio Preto 63,8% e Votuporanga 61,6%. Na região de José Bonifácio encontramos 2,2% de cuidadores e 48,8% de profissionais de Enfermagem. Os profissionais de limpeza corresponderam a 17,1% e os de nutrição a 20,4% do total de funcionários; estas proporções estiveram dentro das médias encontradas. Destaque para as ILPIs da região de José Bonifácio que apresentou 28,8% de profissionais de limpeza. Nesta distribuição percebemos a necessidade de um maior detalhamento de informações no quadro de recursos humanos, identificando os profissionais de nível superior que atuam nas instituições.

O estatuto do Idoso¹⁵ no artigo 49 cita as “entidades de atendimento ao idoso” que desenvolvem programas de institucionalização de longa permanência, nos artigos 48 a 51 a Política de atendimento ao Idoso. No artigo 52 define que para a garantia do cumprimento das normas a fiscalização fica a cargo da Vigilância Sanitária, do

Ministério Público e dos Conselhos dos Direitos dos Idosos. Na perspectiva de dimensionar as ações de controle e de integração realizadas foram incluídas neste monitoramento, a quantificação de visitas durante o ano das VISAs municipais, da Promotoria Pública e dos Conselhos Municipais do Direitos dos Idosos. As visitas das Vigilâncias Sanitárias em média corresponderam a 5,12 no ano de 2019. Na região de São José do Rio Preto foram realizadas 9,26 visitas por ILPI/ano e na região de Catanduva 1,92/ano. O registro das visitas da Promotoria Pública foram, em média, 0,34/ano e o dos CMDIs 0,62/ano números muito aquém do esperado de uma visita/ano indicando necessidade de melhora no registro das Instituições e atuação junto aos conselhos e Promotoria Pública incentivando esta aproximação. Também foram propostos indicadores para mensurar a integração destas instituições com a Atenção Primária em Saúde dentre eles: Visitas das Equipes da Unidades Básica e NASF- Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família, Idosos com vacinação em dia, Kits curativos e Unidades de Medicamentos fornecidos por idoso residente. Com relação à integração da Unidade de Saúde de Referência e Atenção Primária em média foram 12,17 visitas por ILPI no ano; sendo que na região de Catanduva foram registradas 4,92 visitas/ano. Este indicador demonstra o quanto é necessário discutir com gestores a responsabilização da atenção primária pelos idosos residentes no território, principalmente, de idosos institucionalizados.

Com relação à cobertura vacinal, o indicador de 94,98% dos idosos com vacinação em dia demonstra que outras ações de corresponsabilidade e vínculo podem ser realizadas. A meta proposta é que este nível de cobertura para todas as vacinas precisa ser melhorado com rotinas de acompanhamento frequente das equipes das Unidades de Saúde de Referência e das equipes das ILPIs. Muitos municípios têm estabelecido o fornecimento de Kits curativos de acordo com o tipo de lesão e consumo

mínimo com Pactuação de protocolos. Este procedimento que foi quantitativo neste instrumento deverá ser intensificado como é o caso dos municípios da região de São José do Rio Preto que no ano de 2019 em média forneceram 654,53 kits por instituição/ano e 21,57 Kits por idoso residente/ano. Em contrapartida os municípios da região de Catanduva forneceram 15,28 Kits por instituição ano e 0,45 Kits por idoso residente/ano, mostrando a necessidade de implementar o protocolo utilizado na região. Quanto ao fornecimento de medicamentos padronizados nas REMUMEs esta parece ser uma prática já estabelecida com o fornecimento de 742,61 unidades de medicamento por idoso residente. Com a melhor identificação dos idosos portadores de doenças crônicas e com uso contínuo de medicamentos, o acesso dos idosos institucionalizados poderá ser ampliado com a Pactuação de protocolos de fornecimento de medicamentos.

A modalidade de Centros dia foi proposta na através da Portaria 2854 do Ministério do Desenvolvimento Social.³³ Recentemente o Centro de Vigilância Sanitária instituiu normas para implantação e funcionamento dos Centros Dia no Estado de São Paulo. Na região algumas ILPIs também oferecem esta modalidade de cuidado. Existem 75 vagas de centro dia em parceria com as ILPIs da região ; sendo 90,7% na região de São José do Rio Preto. As ILPIs das regiões de José Bonifácio e Votuporanga não apresentaram nenhuma vaga de centro dia. Esta modalidade constitui-se uma opção importante para aqueles idosos cujos familiares trabalham e necessitam deste apoio no cuidado, devendo ser discutida nas regiões como uma opção a ser ofertada nos próximos anos.

O trabalho voluntário é definido pela lei 9608 de 1998⁴⁶ como atividade não remunerada, prestada por pessoa física à entidade pública ou instituições sem fins lucrativos. A Lei nº 13.297, de junho de 2016⁴⁷ altera o art. 1º da Lei nº 9.608, incluindo a assistência à pessoa como objetivo de atividade não remunerada reconhecida como

serviço voluntário. De acordo com os estatutos das ILPIs, este trabalho pode ser normatizado a partir de cadastros e protocolos a serem instituídos. Na região, este tipo de contribuição é pouco estruturada envolvendo 34,14%⁹(N=14) das Instituições com 92 voluntários cadastrados. Na perspectiva o envelhecimento ativo e do protagonismo das pessoas idosas participando das rotinas destas instituições.

Outra perspectiva na organização da Rede de Atenção à Pessoa Idosa é formar recursos humanos para a realidade do envelhecimento. Uma proposta discutida na Comissão de Integração Ensino Serviço do Noroeste Paulista é instituir estágios programados dos cursos da área da Saúde nestas Instituições. Na região este potencial ainda está distante de ser realidade, com apenas oito estagiários registrados no ano de 2019.

Diante desta situação, fica o desafio de rever os modelos de acolhimento e atenção aos idosos, na rede de serviços e, principalmente, nas instituições filantrópicas que historicamente foram assumindo este papel social, vinculados ou em parceria com a Assistência Social. Este modelo 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.⁴⁷

6. Conclusões

6. Conclusões

O rápido processo de envelhecimento da população nestas quatro regiões amplia o desafio para a reflexão dos modelos de cuidado a ser construído. As ILPIs historicamente e no momento ainda significam a experiência mais concreta, nas cidades e comunidades que possuem estas Instituições. O trabalho desenvolvido propõe-se a contribuir no resgate destas instituições como parceiras importantes nas políticas públicas. O exercício de aproximação das vigilâncias municipais foi estratégico neste processo, suplantando os compromissos burocráticos para um senso coletivo de reconhecimento do trabalho assistencial e responsabilidade social desenvolvidos. A ferramenta construída proporcionou um estímulo grande aos processos de trabalho em equipe fortalecendo rotinas de monitoramento e avaliação.

A discussão das projeções populacionais significou uma maior visibilidade da transição demográfica destas regiões. Sobretudo, uma conquista destas instituições no sentido de se encontrar a sua identidade de pertencimento a uma rede de cuidados que envolve o SUAS, SUS e toda a comunidade na busca de modelos de cuidado do Idoso institucionalizado ou no contexto familiar.

A pandemia do COVID 19 escancarou esta realidade ampliando a corresponsabilização pelo cuidado dos idosos residentes nos territórios. Ampliou a parceria com a gestão municipal, a importância de processos de educação permanente, pactuação de protocolos e rotinas de cuidado, possibilidades de financiamento e atitudes solidárias.

A curto prazo será implementado o Plano de Educação Permanente para empoderamento dos conceitos propostos para uma assistência mais qualificada,

monitoramento adequado envolvendo as equipes das Instituições, e equipes da Atenção Primária e Proteção Social. A continuidade deste trabalho almeja o fortalecimento do controle Social, dos Conselhos Municipais de Direito dos Idosos na construção de uma sociedade solidária às ILPIs e mais amigável às Pessoas idosas. Para os próximos anos, na implementação da ferramenta de monitoramento, após discussão junto às Instituições e VISAs municipais, serão incorporados novos indicadores que possam contribuir no acompanhamento dos idosos institucionalizados e no acompanhamento de idosos frágeis nos territórios e no ambiente família.

7. Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: OMS, 2015 (acessado em 16/junho/2020). Disponível em» <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>.
2. ONU. Organização das Nações Unidas <https://nacoesunidas.org/numero-de-pessoas-com-mais-de-60-anos> acesso em setembro 2020.
3. Population indicators. In World population prospects:the 2015 revision. New York.: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2015. Disponível em : <https://esa.un.org/un.org/wpp/Download/Standard/Population/>acesso em no.2016.
4. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Síntese de Indicadores Sociais –Uma análise das condições de vida da população brasileira-2016- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- Pnad 2015.
5. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, projeções populacionais <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>.
6. SÃO PAULO, Fundação Sistema Estadual de Análise de dados/Fundação SEADE; www.seade.gov.br/projeções– Informações do Município e Região Administrativa de São José do Rio Preto, acesso em 21 de julho de 2020.
7. Kalache A. Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil; 2015.
8. Brasil, Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro 1988.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 810, de 22 de setembro de 1989. Institui as normas para funcionamento das casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento do Idoso.1989.

10. Brasil. Lei 8080, de 20 de setembro de 1990. Define a Política Nacional de Saúde.1990.
11. Brasil. Presidência da República.Lei Orgânica da Assistência Social, Lei 8742, de 7 de dezembro de 1993. Diário Oficial da União de 6 de janeiro de 1994.
12. Brasil. Lei n. 8842 de 4 de janeiro de 1994. Dispões sobre a Política Nacional do Idoso. Diário Oficial da União 5 janeiro de 1994.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1395, de 9 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso.
14. Brasil. Ministério Previdência e Assistência Social Portaria 2854 de 20 de julho de 2000 Institui Modalidades de atendimento, priorizando os destinatários com rendimento familiar até meio salário mínimo.
15. Portaria MPAS/SEAS nº 73, de 10 de maio de 2001- Normas de funcionamento de serviços de Atenção ao Idoso no Brasil.
16. Brasil. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Diário Oficial da União de 03 de outubro de 2003.Alterado pela lei n. 11.765 de 5 de agosto de 2005 e pela Lei n. 11.737 de 14 de julho de 2008.
17. Brasil. Ministério de Desenvolvimento Social. Lei 8742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Social. Diário Oficial da União de 8 de dezembro de 1993.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/ ANVISA Nº 283, de 26 de setembro de 2005. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006, Institui a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União de 29 de março de 2006.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União.
21. Brasil. Presidência da República.Decreto n. 9921, de 18 de julho de 2019 consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa Idosa.
22. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção São Paulo – Instituição de Longa Permanência para Idosos: Manual de funcionamento. São Paulo, Sociedade Brasileira Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção São Paulo, 2003:39p.
23. SÃO PAULO, Fundação Sistema Estadual de Análise de dados/Fundação SEADE Projeções <http://produtos.seade.gov.br/produtos/projpop/index.php> Acessado em agosto 2020.
24. Camarano AA.Instituições de longa permanência para idosos: Brasília:Ipea; Presidência da República, 2007b.2008a.2008b2008c.

-
25. Ministério do Desenvolvimento Social, Censo SUAS, 2014, 1.541.
 26. São José MJC. Envelhecimento ativo: um desafio para o idoso institucionalizado. (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.2019.
 27. Kalache.O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social.Ciência & Saúde Coletiva, 13(4):1107-1111, 2008.
 28. Camarano AA, Barbosa P. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está falando? In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC, organizadores. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA; 2016. p. 479-514. Desigualdade no perfil dos idosos institucionalizados na cidade de Natal, Brasil Ciência & Saúde Coletiva, 21(11):3399-3405, 2016.
 29. Lacerda TTB, Horta NC, Souza MCMR, Oliveira TRPR, Marcelino KGS, Ferreira QN. Caracterização das Instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. Rev. bras. geriatr. gerontol. 20(6): 743-753,2017.
 30. Güths JFS, Jacob MHVM, Santos AMPV, Arossi GA, Béria JU. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. Rev. bras. geriatr.
 31. Beré CM. Abrigamento de pessoas não idosas em Instituições de Longa Permanência para Idosos.Revista Portal de Divulgação, n.58, Ano IX. Out/Nov/Dez. 2018.Acesso em 20 de setembro de 2020.
 32. Fluetti MT, Fhon JRS, Oliveira AP, Chiquito LMO, Marques S. Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados. Rev. bras. geriatr. gerontol. 21(1): 60-69, 2018. Acesso em 20 de setembro de 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000100060&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170098>.
 33. Kobayasi DY, Rodrigues RAP, Fhon JRS, Silva LM, De Souza AC, Chayamiti EMPC. Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. Av en Enfermería; 37(2):140–8.2019 Acesso em 20 de julho de 2020; Disponível :<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/73044>.
 34. Azevedo L et AL. Perdas da capacidade funcional em idosos institucionalizados no município de Natal/Rio Grande do Norte. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online 2014;(2): 485-92.

35. Oliveira JR, Junior PRR. Qualidade de vida e capacidade funcional do idoso institucionalizado. *Kairós Gerontologia* 2014; 17(3): 343-53.
36. Marinho LM, Vieira MA, Costa SM, Andrade JMO. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):104-110.
37. Cavalcante MLSN, Borges CL, Moura AMFTM, Carvalho REFL. Indicators of health and safety among institutionalized older adults. *RevEscEnferm USP.* 2016;50(4):600-606. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500009>.
38. Freitas TRM, Dutra SM, Kümpel C, Pôrto EF. Hospitalização e mortalidade em idosos institucionalizados. *REFACS (online)* 2018; 6(Supl. 1):291-297. Acesso em 20 de setembro de 2020. Disponível em: <http://www.seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs>.
39. Gerson Scherrer Júnior, Odete Teresinha Portela, Kleyton Góes Passos, Meiry Fernanda Pinto Okuno, Dulce Aparecida Barbosa, Angélica Castilho Alonso, et.al. Perfil de idosos residentes em instituições de longa permanência de alto padrão econômico. *Enfermagem Brasil* 2019;18(4):528-535.
40. Ferreira LL, Cochito TC, Caires F, Marcondes LP, Saad PC. Perfil sócio-demográfico e funcional de idosos institucionalizados. *Estudinterdiscipenvelhec* 2012; *Rev. bras. geriatr.gerontol.* 17(2):373-86. Rio de Janeiro July/Sept. 2012.
41. Brasil. Pesquisa nacional de saúde : 2013 : acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro : IBGE, 2015. 100 p.
42. Araújo Neto Antonio Herculano de, Patrício Anna Cláudia Freire de Araújo, Ferreira Milenna Azevedo Minhaqui, Rodrigues Brenda Feitosa Lopes, Santos Thayná Dias dos, Rodrigues Thays Domingos de Brito et al . Quedas em idosos institucionalizados: riscos, consequências e antecedentes. *Rev. Bras. Enferm.* 2017; 70(4): 719-725. Acesso em 20 de setembro de 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400719&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0107>.
43. Alves AHC, Patrício ACFA, Albuquerque KF, Duarte MCS , Santos JS, Oliveira MS. Ocorrência de quedas entre idosos institucionalizados: prevalência, causas e consequências. *J. res.: fundam. care. online* 2016. abr./jun. 8(2):4376-4386.
44. Paula JGF, Gonçalves LHT, Nogueira LMV, Delage PEGA. Correlação entre independência funcional e risco de quedas em idosos de três instituições de longa permanência. *Rev. esc. enferm. USP* .54: e3601.2020. Acesso em 20 de setembro de 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342020000100453&lng=en.

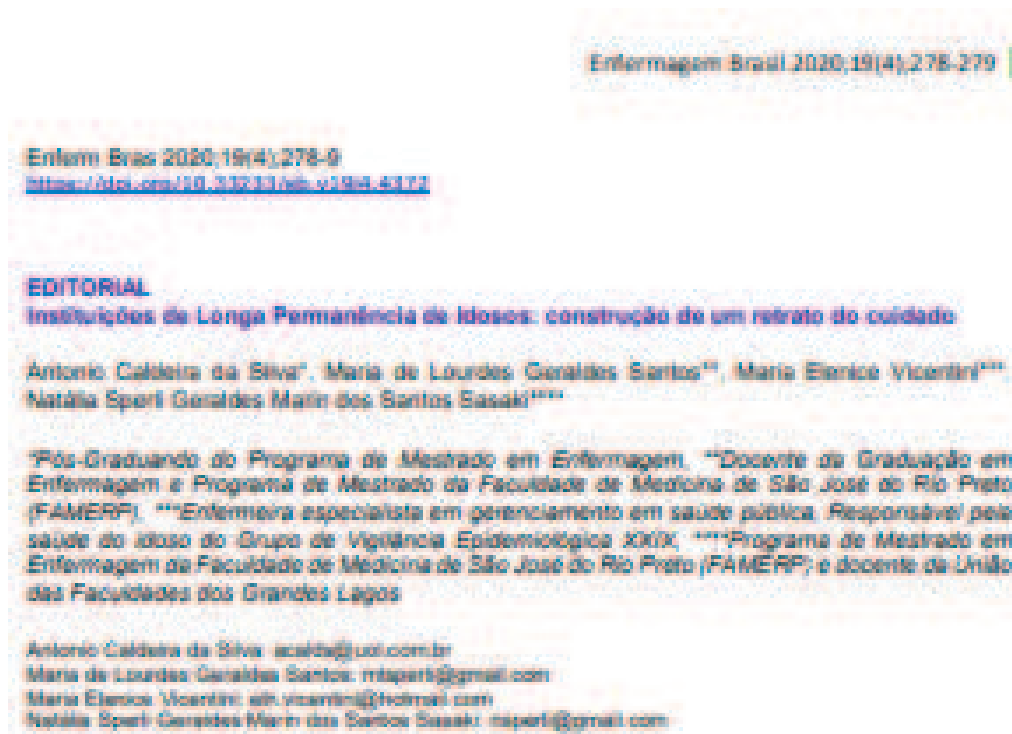
-
45. Presidência da República, Lei n 9608 de fevereiro de 1998 que dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências.
 46. Lei nº 13.297, de junho de 2016 altera o art. 1º da Lei nº 9.608, incluindo a assistência à pessoa como objetivo de atividade não remunerada reconhecida como serviço voluntário.
 47. Silva AC, Santos MLSG, Vicentini ME, Sasaki NSGMS. Instituições de Longa Permanência de Idosos: construção de um retrato do cuidado. *Enfermagem Brasil* 2020;19(4);278-279.

	Nº de casos novos de Infecção Urinária em idosos											0
	Nº de idosos com Sonda Vesical											
	Nº de idosos com SNE/Gastrostomia/SNG											
	Nº de idosos com uso de antibióticos											0
	Nº de idosos com uso de antidepressivos/benzodiazepínicos											
	Nº de casos de Dengue, Zica, Chikungunya											0
	Nº de idosos que tentaram suicídio											0
	Nº de Notificações de Violência contra os idosos											0
	Nº de idosos com necessidade de Isolamento											
INDICADORES DE INTEGRAÇÃO	Nº de inspeções da equipe da Vigilância Sanitária											0
	Nº de visitas da Promotoria Pública											0
	Nº de visitas de representantes do CMDI - Cons. Mun. Direitos Idoso											0
	Nº de visitas da equipe da ESF/UBSF/UBS*** (P/FI)											0
	Nº de visitas da equipe do NASF**** (P/FI)											0
	Nº de idosos com carteira de Vacinação em dia											
	Nº de kit de curativos fornecidos pela ESF/UBSF/UBS***											0
	Nº unidades de medicamentos fornecidos pela ESF/UBSF/UBS***											0

* Indicadores regulamentados na RDC ANVISA nº 283/2005 ** P/FI - Pública/Filantropica*** ESF-Estratégia Saúde da Família / UBSF-Unidade Básica Saúde da Família / UBS-Unidade Básica de Saúde ****NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

<p>Esta planilha elaborada a partir da RDC ANVISA nº 283/05, para as ILPI/Instituições de Longa Permanência para Idosos e Casas de Repouso, públicas e privadas; tem o objetivo de contribuir no monitoramento da situação destas instituições de forma articulada entre a Vigilância Sanitária Municipal, ILPIs e Casas de Repouso.</p>	<p>A planilha foi construída em eixos temáticos, sendo:</p> <p>CADASTRO: Dados referentes a instituição (nº de idosos, nº de funcionários, etc...).</p> <p>INDICADORES DE MORBIMORTALIDADE: Indicadores de Saúde solicitados na RDC ANVISA nº 283/05 (tx. dediarréia, tx. de mortalidade, etc...).</p> <p>INDICADORES DE INTEGRAÇÃO: Dados referentes ao serviço de saúde municipal, com vistas ao monitoramento da Integração entre os Serviços na Rede de Atenção à Saúde (nº de visitas realizadas, nº de medicamentos distribuídos, etc...).</p>	<p>A planilha está sendo disponibilizada pelas VISAs municipais para as ILPIs e Casas de Repouso. Deverá ser preenchida pelos profissionais das ILPI/ e Casas de Repouso, mensalmente ou sempre que houver a necessidade de atualização de algum dado. Servirá para o monitoramento e avaliação conjunta entre os profissionais da VISA Municipal e Equipe Técnica das ILPI e Casa de Repouso, por ocasião das inspeções da VISA Municipal, para renovação da Licença de Funcionamento do Estabelecimento. Os responsáveis por estes locais devem encaminhar esta planilha para a VISA Municipal todo mês de janeiro, conforme estabelecido na RDC ANVISA nº 283/05, item 7, sub item 7.2, 7.3 e 7.4</p>
--	---	---

Apêndice II Publicação de Editorial



O aumento da expectativa de vida combinado ao declínio das taxas de fertilidade tem resultado em acelerado envelhecimento da população, hoje, muito mais rápido do que no passado [1]. O envelhecimento, na atualidade, representa um fenômeno demográfico complexo, que envolve dimensões biopsicossociais, além de ser uma questão política fundamental [1,2].

De acordo com IBGE, as projeções realizadas pelas Nações Unidas mostram que a parcela de idosos na população mundial dobraria para 24,6% em cerca de 55,8 anos. No Brasil, essa proporção dobraria para 23,5% em muito menos tempo, em 24,5 anos [3].

Esta realidade traz o desafio de reaver os modelos de acolhimento e atenção aos idosos, na rede de serviços e principalmente nas instituições filantrópicas que historicamente foram assumindo este papel social, vinculados ou em parceria com a Assistência Social; estes serviços passaram a ser denominados de Instituições de Longa Permanência para Idosos (LPI), e definidos como estabelecimentos para atendimento integral a idosos, dependentes ou não, sem condições familiares ou domiciliares para a sua permanência na comunidade de origem [4]. Este modelo 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 [5]. A Portaria nº 810/1989 foi a primeira a definir as Normas e Padrões de Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e outras instituições para idosos. Define como deve ser a organização da instituição, a área física, as instalações e os recursos humanos [6]. Essas ações ainda não são suficientes e por isso é necessária a parceria entre o poder público, sociedade, profissionais e idosos para dar continuidade a ações bem-sucedidas, ampliar e implementar novas modalidades de serviços no país. Com o envelhecimento da população residente nestas instituições tem se identificado necessidades de ampliação das equipes, integração com a Rede de Atenção Primária do Sistema Único de Saúde para o cuidado integral em saúde e atendimento de qualidade.

Para construir uma sociedade mais amigável das pessoas idosas é preciso avançar nas conquistas assegurando seus direitos. A Lei Federal n. 10.741/2003, através do Estatuto do Idoso, explicita as responsabilidades do poder público, da família, da sociedade, e assegura a efetivação destes direitos [7].

A Lei 5442 de 04 de janeiro de 1964 dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso, e dá outras providências, tem por objetivo assegurar os direitos sociais do cidadão com mais de 60 anos para prover autonomia, integração e participação [8].

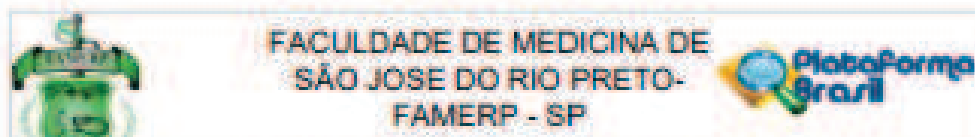
Regulamentando estas parcerias a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC (ANVISA nº 283 de 26 de setembro de 2005, aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência de Idosos, determinando a responsabilidade das Secretarias Estaduais e Municipais na implementação dos procedimentos e propostas.

Diante do crescente aumento destas instituições, a qualidade da atenção prestada representa um desafio para as políticas públicas que visam assegurar o cuidado integral, a sociabilidade e a dignidade da pessoa idosa.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: OMS; 2015.
2. Portela MR, Lima AP. Quedas em idosos: reflexões sobre as políticas públicas para o envelhecimento saudável. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR 2018;22(2). <https://doi.org/10.25110/acs.saude.v22n2.2018.8366>
3. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira-2016- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- PNAD 2015.
4. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção São Paulo – Instituição de Longa Permanência para Idosos: Manual de funcionamento. São Paulo, Sociedade Brasileira Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção São Paulo; 2003. 33p.
5. Grismán D. Avós de Velhos: passado e presente. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento 1999;2:67-87.
6. Brasil. Portaria n. 816. Normas para Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e Outras Instituições Destinadas ao Atendimento ao Idoso 1989 set 22. DO 2003 set 27.
7. Brasil. Lei Federal n. 10741/2003. Estatuto do Idoso de 01 de outubro de 2003.
8. Brasil. Lei 8440 de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, que cria o Conselho Nacional do Idoso; 1994.

Anexo I: Parecer de aprovação CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As Instituições de Longa Permanência de Idosos na Região de São José do Rio Preto: Um retrato do Cuidado de Idosos

Pesquisador: Maria de Lourdes Speitl Geraldes Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10490319.6.0000.5415

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.706.351

Apresentação do Projeto:

O aumento da expectativa de vida combinado ao declínio das taxas de fertilidade tem resultado em acelerado envelhecimento da população, hoje, muito mais rápido do que no passado. O envelhecimento, na atualidade, representa um fenômeno demográfico complexo, que envolve dimensões biopsicossociais, além de ser uma questão política fundamental. 1,2

De acordo com IBGE, as projeções realizadas pelas Nações Unidas mostram que a parcela de idosos na população mundial dobraria para 24,5% em cerca de 55,8 anos. No Brasil, a proporção de idosos dentro da população, por sua vez, dobraria para 23,5% em muito menos tempo, em 24,5 anos. 3

Com relação às entidades de atendimento ao idoso, temos no Título IV Da Política de Atendimento ao Idoso Cap. II artigo 48 em seu parágrafo único: As entidades governamentais e não governamentais de assistência ao idoso ficam sujeitas à inscrição de seus programas junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e do Conselho Estadual ou Nacional de Pessoa Idosa, especificando os regimes de atendimento, observados os seguintes requisitos: oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitação, higiene, salubridade e segurança e apresentar objetivos estatutários e planos de trabalho compatíveis com os princípios desta lei; estar regularmente constituído, demonstrar idoneidade de seus dirigentes.

A Política Nacional do Idoso, lei 8442 de 04 de janeiro de 1994 dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso, e dá outras providências, sendo seu objetivo assegurar

Endereço: BRIGADEIRO FARALIM, 5490
 Bairro: VILA SÃO PEDRO CEP: 13.090-000
 UF: SP Município: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
 Telefone: (17)3301-5813 Fax: (17)3301-5813 E-mail: cca@famerp.usf.br