

Perfil das instituições de longa permanência para idosos no Estado de Alagoas no período de 2007 a 2008*

doi: 10.5123/S1679-49742011000100009

Profile of Homes for the Aged in the State of Alagoas in the Period of 2007 to 2008

Ianara Acioli de Freitas Melo

Diretoria de Vigilância Sanitária, Secretaria de Estado de Saúde, Maceió-AL, Brasil

Elsie Sobreira Kubrusly

Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza-CE, Brasil

Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, Brasil

Curso de Medicina, Faculdade Christus, Fortaleza-CE, Brasil

Arnaldo Aires Peixoto Junior

Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, Brasil

Curso de Medicina, Faculdade Christus, Fortaleza-CE, Brasil

Resumo

Objetivo: avaliar o funcionamento das ILPI no Estado de Alagoas quanto aos critérios da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Metodologia:** estudo de casos, com dados secundários coletados dos roteiros de inspeções sanitárias efetuadas nos anos de 2007 e 2008, pela Vigilância Sanitária Estadual e dos Municípios. **Resultados:** das 17 ILPI analisadas, a maioria (94,1%) foi considerada de alto ou médio risco para saúde do idoso, ou seja, não alcançaram os padrões mínimos necessários para seu funcionamento e não ofereciam assistência adequada ao idoso institucionalizado. **Conclusão:** estes resultados apontam para a necessidade de intervenções que busquem garantir o atendimento adequado e qualificado dos idosos institucionalizados.

Palavras-chave: envelhecimento da população; idoso; institucionalização; serviços de saúde para idosos; saúde do idoso institucionalizado.

Summary

Objective: to evaluate the operation of the ILPI in the State of Alagoas based on the criteria of the National Health Surveillance Agency. **Methodology:** case studies, using data collected from health surveillance inspections, in the years 2007 and 2008, by the State and Municipal Health Surveillance. **Results:** among the 17 ILPI analyzed, the majority (94.1%) were considered at high or medium risk for health of the elderly, or have not achieved the minimum standards required for their operation and did not provide proper assistance to the institutionalized elderly. **Conclusion:** these results emphasize the need for interventions that seek to guarantee appropriate and qualified care for the institutionalized elderly.

Key words: demographic aging; aged; institutionalization; health services for the aged; health of institutionalized elderly.

* Artigo extraído da Dissertação "Perfil das instituições de longa permanência para idosos no Estado de Alagoas no período de 2007 a 2008", Modalidade Profissional em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Endereço para correspondência:

Diretoria de Vigilância Sanitária, Rua Sete de Setembro, 50, Centro, Maceió-AL, Brasil. CEP: 57020-700
E-mail: ianarafreitas@hotmail.com

Introdução

O envelhecimento ocorreu de forma gradual nos países desenvolvidos, ao longo de mais de cem anos, associado a um progresso socioeconômico, com melhoria nas condições gerais de vida da população e com a elaboração de um amplo sistema de proteção social. Nos países em desenvolvimento, esse processo aconteceu de forma rápida, sem o tempo necessário para uma reorganização adequada nas áreas de assistência social e de atenção à saúde, comprometendo o atendimento às novas demandas emergentes.^{1,2}

No Brasil, o envelhecimento foi um fenômeno predominantemente urbano, resultante do movimento migratório iniciado na década de 1960 e motivado pela industrialização, que proporcionou uma melhoria dos serviços de saúde e saneamento, e maior acesso da população aos programas de planejamento familiar e métodos contraceptivos.³ Essas mudanças acarretaram uma queda das taxas de mortalidade e fecundidade e aumento da esperança de vida.^{4,5}

Uma prevalência significativa de doenças crônicas e de limitações funcionais na população idosa tem obrigado a uma readequação dos serviços de atenção à saúde, particularmente nos hospitais e instituições de longa permanência para idosos (ILPI).⁶

As ILPI são definidas como instituições de caráter residencial, governamental ou não governamental, destinadas à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar.⁷

Estudos mostram que, entre as causas de institucionalização, estão a miséria, o abandono e as sequelas das doenças crônicas não transmissíveis. Em consequência de condições financeiras, na maioria das vezes precárias, e da frequente indisponibilidade de uma pessoa que assuma o papel de cuidador entre os familiares, esses idosos são institucionalizados.^{8,9}

Surge, então, a necessidade emergente de instituições de longa permanência; entretanto, tem sido pouco investigado se os indivíduos idosos recebem nas ILPI tratamento adequado.

Este trabalho se propôs avaliar as condições de funcionamento das ILPI no Estado de Alagoas e identificar se elas estão aptas para o atendimento às necessidades dos idosos, conforme rege a Resolução RDC nº 283/05, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo, com dados secundários originados do roteiro padronizado de inspeção sanitária das ILPI, baseado na Resolução RDC nº 283/05 da Anvisa/MS.

Constituíram objeto de estudo as inspeções sanitárias realizadas em ILPI, nos anos de 2007 e 2008, por equipes multidisciplinares da Vigilância Sanitária do estado e dos municípios de Alagoas. As inspeções foram realizadas de forma sistemática, conforme metas pactuadas anualmente, e envolveram 17 ILPI existentes no estado, das quais nove situadas na capital e oito em municípios do interior.

O roteiro de inspeção é composto por 89 itens, pontuáveis de acordo com o padrão de conformidade, dividido por procedimentos e classificado de acordo com o grau de risco, o qual permite avaliar as condições sanitárias de funcionamento das ILPI.

O padrão de conformidade é avaliado por meio desse roteiro de inspeção, que possui itens considerados imprescindíveis, necessários, recomendáveis e informativos, pontuados com as notas 3, 2, 1 e 0, respectivamente, e pontuação máxima de 219 pontos.

Uma prevalência significativa de doenças crônicas e de limitações funcionais na população idosa tem obrigado a uma readequação dos serviços de atenção à saúde, particularmente nos hospitais e instituições de longa permanência para idosos.

Baseado no roteiro de inspeção, a ILPI com percentual de conformidade de até 49% (até 108 pontos) é classificada com o grau de risco alto para saúde do idoso; de 50 a 79% (pontuação de 109 a 173), como médio risco; de 80% a 99% (174 a 218 pontos), como baixo risco. Os estabelecimentos que atingem percentual de conformidade de 100% são considerados como não apresentando risco para a saúde do idoso.

As ILPI foram ainda caracterizadas quanto à natureza jurídica da administração (pública, privada, mista ou filantrópica), capacidade instalada, número de residentes e recursos humanos, infra-estrutura física, assistência

social e à saúde, notificação de agravos, alimentação, lavagem e processamento de roupas e limpeza.

Os dados coletados foram organizados e analisados pelo programa Epi Info versão 3.5.1 (*Centers for Disease Control and Prevention – CDC*). As variáveis contínuas foram analisadas por medidas de tendência central, e as variáveis categóricas, por distribuições percentuais de frequência.

Considerações éticas

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), conforme protocolo nº 186/07, CAAE 0182.0.031.000-07, em 25 de fevereiro de 2008.

A Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado de Alagoas (Divisa/AL) autorizou a análise dos roteiros utilizados nas inspeções em instituições de longa permanência para idosos, mencionando a importância e os objetivos do estudo, e da assinatura, por parte da pesquisadora, do Termo de Compromisso para Uso de Dados.

Resultados

No período de estudo, a população de idosos do Estado de Alagoas era de 248.845 indivíduos, dos quais 508 institucionalizados, representando 0,21% do total de idosos do Estado. No grupo de idosos institucionalizados, um percentual de 53,7% pertence ao sexo feminino.

Tabela 1 - Características das instituições de longa permanência para idosos (ILPI) do Estado de Alagoas quanto à natureza jurídica e número de residentes. Brasil, 2007 e 2008

Variáveis	n	%
Natureza jurídica		
Filantrópica	15	88,2
Privada	1	5,9
Pública Municipal	1	5,9
Total	17	100,0
Número de leitos		
Masculino	289	48,3
Feminino	309	51,7
Total	598	100,0
Número de residentes		
Masculino	235	46,3
Feminino	273	53,7
Total	508	100,0

Fonte: Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado de Alagoas (Divisa/AL)

A taxa de ocupação das ILPI era de 84,9%, que quanto à natureza jurídica, dividiam-se em 15 filantrópicas, uma pública municipal e uma privada (Tabela 1).

Em relação à dependência funcional, verificou-se a presença de idosos dependentes em todas as instituições. Na Tabela 2, pode-se observar a disponibilidade de recursos humanos para a assistência à saúde e o cuidado desse grupo de idosos.

Apenas três das instituições realizavam atividades de educação permanente na área de Gerontologia, com objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviço aos idosos.

Em quatorze instituições, no caso de intercorrência médica, o responsável técnico providencia o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência e comunica a sua família ou representante legal. Somente em oito das ILPI, foi identificado serviço de remoção destinado a transporte de idosos.

Quatro ILPI não garantem aos idosos a alimentação, respeito aos aspectos culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias. Apenas três ILPI possuem nutricionista (Tabela 2) e rotinas para os procedimentos de alimentação (Tabela 3); e em quatro ILPI, a manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento e distribuição dos alimentos seguem o estabelecido na RDC/Anvisa nº 216/2004.

Quanto à presença de documentação necessária para o funcionamento das ILPI, 15 instituições não possuem o Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes; e

Tabela 2 - Recursos humanos disponíveis nas instituições de longa permanência para idosos (ILPI) do Estado de Alagoas. Brasil, 2007 e 2008

Variáveis	n	%
Serviços gerais		
Para os cuidados aos residentes:		
Grau de Dependência I ^a	11	64,7
Grau de Dependência II ^b	8	47,1
Grau de Dependência III ^c	8	47,1
Para as atividades de lazer	4	23,5
Para serviços de limpeza	10	52,9
Para o serviço de alimentação	10	58,8
Para o serviço de lavanderia	12	70,6
Profissionais da área de saúde		
Médico	12	70,6
Enfermeiro	5	29,4
Assistente Social	5	29,4
Psicólogo	4	23,5
Fisioterapeuta	7	41,2
Terapeuta Ocupacional	2	11,8
Nutricionista	3	17,6
Farmacêutico	0	0,0
Técnico e Auxiliares de Enfermagem	16	94,1

a) Grau de Dependência I: independente para atividades de autocuidado da vida diária (AVD);

b) Grau de Dependência II: dependência em até três AVD;

c) Grau de Dependência III: dependência que requerem assistência em todas as AVD.¹²

Fonte: Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado de Alagoas (Divisa/AL)

em apenas 12 destas, foi identificada a comprovação da vacinação obrigatória dos idosos (Tabela 3).

Quanto à notificação de doenças ou de outros incidentes, apenas seis ILPI notificam a suspeita de doenças de notificação compulsória à Vigilância Epidemiologia e quatro instituições notificam à Vigilância Sanitária a ocorrência de quedas com lesão e tentativas de suicídio.

Em situação de abandono familiar do idoso ou ausência de identificação civil, dez ILPI comunicam à Secretaria Municipal de Assistência Social ou congêneres, bem como ao Ministério Público.

Dentre as 17 ILPI analisadas, 16 não tinham projeto arquitetônico aprovado pela Vigilância Sanitária, seja estadual ou municipal. Doze ILPI possuíam rampas para facilitar o acesso e movimentação dos residentes, no caso de desníveis, embora apenas seis estivessem de acordo com as especificações da NBR9050/ABNT. Sete instituições tinham corrimões dos dois lados, nas áreas de circulação com largura maior ou igual a 1,5 metros. Portas com travamento simples, sem uso de trancas ou chaves, foram identificadas em 11 ILPI e as circulações internas principais e secundárias contavam com luz de vigília permanente em apenas dez insti-

Tabela 3 - Perfil das instituições de longa permanência para idosos do Estado de Alagoas quanto à disponibilidade de documentação para o funcionamento. Brasil, 2007 e 2008

Classificação do item	Documentos	n	%
I	Alvará sanitário atualizado expedido pelo órgão sanitário competente	4	23,5
I	Contrato formal de prestação de serviço com o idoso, responsável legal ou curador	4	23,5
I	Estatuto registrado	11	64,7
I	Inscrição de seu programa junto ao Conselho do Idoso	2	11,8
I	Regimento Interno	7	41,2
I	Registro de entidade social	8	47,1
I	Registro atualizado de cada idoso	10	58,8
N	Comprovante de vacinação obrigatória dos residentes	12	70,6
I	Plano de Trabalho para as atividades realizadas na ILPI	3	17,6
R	Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes	2	11,8
N	Rotinas e procedimentos escritos quanto ao cuidado com o idoso	2	11,8
N	Normas e Rotinas quanto à alimentação	3	17,6
N	Normas e Rotinas quanto ao processamento de roupas de uso pessoal e coletivo	2	11,8
N	Normas e Rotinas quanto à limpeza e higienização de artigos e ambientes	2	11,8
R	Cópia da RDC nº 283/05 para consulta	2	11,8

Fonte: Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado de Alagoas (DivisaAL)

tuições. Ainda em relação à avaliação dos ambientes das ILPI, os dormitórios estavam dentro dos padrões em 11 instituições, e a distância mínima entre camas era respeitada em 13 destas. Não foram identificadas luz de vigília e campainha de alarme nos dormitórios de 15 ILPI. Os banheiros estavam dentro dos padrões em 13 instituições; no entanto, foram identificados locais com fiação expostas, ferrugem e vazamentos. Doze ILPI possuíam refeitório com área mínima por usuário, lavatório para higienização e luz de vigília; e em onze, havia área descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre, como solário com bancos e área verde.

De acordo com os critérios adotados pela Anvisa, 13 instituições ofereciam condições físicas de habitabilidade e higiene, 11 ofereciam condições físicas de salubridade e em apenas oito destas, havia condições de segurança.

Rotinas técnicas para o processamento de roupas de uso pessoal e coletivo não foram apresentadas por 15 das 17 ILPI. Quatorze ILPI possuíam lavanderia mas em apenas nove destas os idosos independentes podiam efetuar todo o processamento de suas roupas; e somente em dez, as roupas eram identificadas. Em 16 ILPI, os produtos utilizados no processamento das roupas eram registrados na Anvisa/MS; porém, em

Tabela 4 - Perfil das instituições de longa permanência para idosos (ILPI) do Estado de Alagoas quanto aos procedimentos e o grau de risco para saúde do idoso. Brasil, 2007 e 2008

Procedimentos	Máximo de pontos	Grau de risco para saúde do idoso							
		Alto		Médio		Baixo		Sem risco	
Tipos		N	%	n	%	N	%	n	%
Condições gerais	19	4	23,5	2	11,8	0	0,0	11	64,7
Organização	20	10	58,8	6	35,3	1	5,9	0	0,0
Recursos humanos	26	8	47,1	5	29,4	4	23,5	0	0,0
Infra-estrutura física	91	6	35,3	5	29,4	6	35,3	0	0,0
Processos operacionais	11	10	58,8	6	35,3	0	0,0	1	5,9
Saúde	25	12	70,6	2	11,8	3	17,6	0	0,0
Alimentação	8	12	70,6	3	17,6	0	0,0	2	11,8
Lavagem, processamento e guarda de roupas	8	4	23,5	11	64,7	0	0,0	2	11,8
Limpeza	5	5	29,4	10	58,8	0	0,0	2	11,8
Notificação compulsória	6	10	58,8	3	17,6	0	0,0	4	23,5
Classificação das ILPI de acordo com o grau de risco		5	29,4	11	64,7	1	5,9	0	0,0

Fonte: Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado de Alagoas (Divisa/AL)

apenas dez ILPI, o material de limpeza era armazenado em depósito específico do tipo DML; e em sete, estavam acondicionados junto a outros produtos, como alimentos.

A Tabela 4 demonstra a distribuição das ILPI quanto à classificação do grau de risco para a saúde dos idosos, a partir do consolidado de pontos obtidos no roteiro de inspeção.

Discussão

O aumento progressivo da população idosa tem determinado uma maior demanda das instituições de longa permanência para idosos (ILPI), na maioria das vezes uma opção para melhorar a qualidade de vida desses indivíduos e uma alternativa de suporte social para a atenção à saúde do idoso. Faz-se, necessário que esses idosos recebam, nessas instituições, toda

ajuda estrutural, de recursos humanos e materiais, para atender suas demandas, de forma a aprimorar os serviços prestados pelas ILPI com a devida vigilância e prioridade.

Nos países em transição demográfica avançada, as pesquisas mostram que a proporção de idosos que vivem nas ILPI pode chegar a 11%.¹⁰ No Brasil, segundo o relatório apresentado na V Caravana Nacional de Direitos Humanos, em uma amostra da realidade dos abrigos e asilos de idosos no Brasil (2002), existiam aproximadamente 19 mil idosos institucionalizados no país, representando aproximadamente 0,15% do total de idosos brasileiros.³ Em Belo Horizonte-MG, pesquisa publicada em 1999 obteve o percentual de 0,46%.¹⁰ No presente estudo, o Estado de Alagoas apresenta resultados semelhantes aos do Brasil, ou seja, um percentual de 0,21% dos idosos residentes no Estado.

Com relação ao sexo do residente da ILPI, nosso estudo mostrou que, em 2008, no Estado de Alagoas, 85% dos leitos das ILPI estavam ocupados por idosos residentes de ambos sexos, sendo 53,7% mulheres. Um estudo que avaliou dois asilos de Aracaju-SE, e outro realizado em Belo Horizonte, constataram que as mulheres representavam, respectivamente, 63,8 e 81% dos idosos institucionalizados.^{10,11}

Na avaliação da qualidade das ILPI e da disponibilidade adequada de cuidadores, torna-se importante conhecer o grau de dependência dos idosos residentes. Utilizando-se o índice de Katz, avalia-se, na comunidade, a capacidade funcional de idosos, doentes crônicos ou com longos períodos de recuperação hospitalar, atribuindo-se diferentes graus de independência funcional para atividades básicas da vida diária, como tomar banho, vestir-se, utilizar o banheiro, comer, incontinência urinária e/ou fecal e caminhar.¹² Apesar de todas as instituições aqui analisadas, possuírem residentes com algum grau de dependência, a presença de cuidadores para os idosos com grau de dependência I foi constatada em 11 (64,7%), mas somente em oito (47,1%) ILPI, para idosos com grau de dependência II e dependência III.

A atividade física tem sido associada à melhora do equilíbrio, da mobilidade articular, flexibilidade, postura, coordenação, força dos membros inferiores e superiores, reduzindo as quedas, além de desenvolver a autoconfiança, a auto-imagem e a socialização.

Tal constatação é importante. O asilo não deveria ser considerado apenas uma instituição que acolhe idosos rejeitados ou abandonados pela família, e sim, lembrado, compreendido e respeitado como uma escolha, no contexto de vida de cada indivíduo. O idoso, quando institucionalizado, é levado a um novo mundo, novas pessoas e relações, novo ambiente, novas regras, nova rotina diária. Dessa forma, a institucionalização se torna um processo difícil em qualquer idade, de adaptação por parte do indivíduo à instituição e não desta a ele, com assistência integral, atuação de equipe multidisciplinar e qualificação dessa equipe, conforme a necessidade do idoso institucionalizado.¹³ Segundo

alguns autores, a dependência do idoso é vista como natural e esperada mas, na verdade, sabe-se que, quando ele é acometido por patologias que o levam à condição de dependência parcial ou total, é possível reabilitá-lo para que recupere a capacidade de realizar uma ou outra atividade de vida diária.¹⁴

A atividade física tem sido associada à melhora do equilíbrio, da mobilidade articular, flexibilidade, postura, coordenação, força dos membros inferiores e superiores, reduzindo as quedas, além de desenvolver a autoconfiança, a auto-imagem e a socialização.¹⁵ Entretanto, apenas 23,5% das ILPI analisadas neste estudo possuem recursos humanos para as atividades de lazer. É necessário investimento na contratação de profissionais de educação física preparados para atuar com idosos institucionalizados.

A produção de um ambiente social e cultural mais favorável à população idosa é uma estratégia importante para termos idosos mais ativos e independentes. Ainda encontramos, em nosso país, nas mais variadas regiões, carência de mão de obra e de instituições para atender essa demanda.¹⁶

Segundo alguns autores, “a questão fundamental em relação à abordagem geriátrica é quando e como o cuidado por uma equipe interdisciplinar apresenta resultados significativamente melhores do que o cuidado tradicional, tanto quanto ao desfecho da morbimortalidade e à qualidade de vida, como evidentemente, quanto aos custos”.¹⁷

As assistências multiprofissional e interdisciplinar do idoso são imprescindíveis. Muitos deles se encontram acometidos por doenças, fragilizados, deprimidos, e precisam de atendimento diferenciado com o propósito de restabelecer sua saúde. Porém, a realidade mostra que grande parte das instituições não tem uma estrutura mínima para essa assistência, contando apenas com um médico e um enfermeiro ou técnico de enfermagem: em apenas uma das 17 analisadas, foi identificada equipe multiprofissional com médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista, além de técnicos e auxiliares de enfermagem.

Existem evidências empíricas de que os resultados da adaptação dos idosos à instituições são influenciados pela qualidade do ambiente.¹⁸ Alguns autores defendem a ideia de que condições ambientais favoráveis e adaptadas aos idosos são providências que a sociedade deveria tomar, para que os idosos envelhecessem satisfatoriamente.¹⁹ Outros autores, ao descrever as

três funções básicas destinadas a idosos – manutenção, estimulação e suporte – salientam que o suporte compensa a redução ou perda de competências, pela eliminação de barreiras ou garantia de acessibilidade aos ambientes.²⁰

Os ambientes físicos devem ser planejados e projetados de forma a assegurar condições de habitabilidade, segurança, salubridade. É imprescindível a análise e aprovação do projeto arquitetônico pela equipe da Vigilância Sanitária, que verificará as normas e padrões de cada ambiente da instituição visando à redução dos riscos para o idoso, quanto a incidência de quedas, e sua notificação à vigilância sanitária. Um estudo realizado na Paraíba demonstrou que 25% dos corredores fogem aos padrões da RDC 283/05 e da NBR9050/ABNT.²¹ O presente estudo demonstrou que 35% das ILPI analisadas no Estado de Alagoas não atendem a esses requisitos.

Um estudo, que analisou três ILPI, identificou risco para desnutrição presente em ambos gêneros, fato que justifica a necessidade de uma alimentação mais elaborada.²² A alimentação nas instituições deve ser planejada de forma a atender as necessidades nutricionais de cada residente, a manutenção de um estado nutricional equilibrado e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida. O cuidado com acondicionamento, preparo e oferta da alimentação nas ILPI analisadas mostrou-se deficiente, não havendo rotinas para o processamento dos alimentos. Em algumas instituições, as seis refeições diárias preconizadas não são oferecidas, enquanto em outras, disponibiliza-se o mesmo cardápio para todos os residentes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), já afirmava que os idosos residentes em instituições estão entre os

grupos de idosos mais expostos a riscos com destaque para sua saúde ou situação socioeconômica.²³

Segundo alguns autores, se a ILPI for estruturada com qualidade, o idoso pode recuperar a saúde e a vontade de viver, criar novas relações sociais e desenvolver-se.²⁴ Infelizmente, ainda parecem constituir minoria as instituições merecedoras dessa qualificação no Brasil. Este estudo constatou que a realidade alagoana mostra é carente dessa qualidade, pois apenas uma, entre as 17 ILPI estudadas em Alagoas, oferece baixo risco para saúde do idoso institucionalizado.

Em relação à análise do perfil das ILPI, os dados no Brasil ainda são escassos, sendo necessária a produção de informações confiáveis, que possibilitem a criação de ambientes físicos e sociais aptos melhorar a saúde das pessoas com incapacidades.

Em se tratando da população idosa, possibilitar que, mesmo com limitações funcionais e sociais importantes, possa-se viver com qualidade e da melhor forma possível, constitui um grande desafio para a saúde pública.^{25,26}

O fato de apenas uma das ILPI estudadas, ser classificada como de baixo risco à saúde do idoso mostra quão urgente e necessidade é a readequação dessas instituições à regulamentação da Anvisa.

Com os resultados aqui apresentados, pretende-se favorecer o desenvolvimento de novos estudos em outros estados do país, como também sensibilizar os dirigentes das ILPI para adequação de sua infraestrutura física, contratação de equipe multiprofissional capacitada e comprometida para garantir o atendimento adequado e qualificado dos idosos institucionalizados.

Referências

1. Carvalho MCBNM. O diálogo intergeracional entre idosos e crianças: projeto “Era uma vez... atividades intergeracionais” [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2007.
2. Gordilho A, Nascimento JS, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espíndola N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Bahia Análise & Dados. 2001;10(4):138-152.
3. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2002. (Texto para discussão nº 883).
4. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública. 2005;17(5/6):333-341.
5. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

6. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19(3):745-757.
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 283, de 26 de setembro de 2005. Brasília: ANVISA; 2005.
8. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no Município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2004;12(3):518-524.
9. Telles Filho PCP, Petrilli Filho JF. As Causas de inserção de idosos em uma instituição asilar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 1999; 6(1): 135-143.
10. Chaimowicz F, Greco DB. Dinâmica da institucionalização de idosos. *Revista de Saúde Pública*. 1999;33(5):454-460.
11. Aguiar PM, Lyra DP Jr, Silva DT, Marques TC. Avaliação da farmacoterapia de idosos residentes em instituições asilares no Nordeste do Brasil. *Latin American Journal of Pharmacy*. 2008;27(3):454-459.
12. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*. 1963;185(12):914-919.
13. Novaes MRCG. Assistência farmacêutica ao idoso: uma abordagem multiprofissional. Brasília: Thesaurus; 2007.
14. Araújo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2007;41(3):378-385.
15. Annunziato MPH. Atividade Física com Idosos em Instituições de longa Permanência [Internet]. [acessado em 12 dez. 2008]. Disponível em <http://www.medicinageriatrica.com.br/category/gerontologia/page/7/>
16. Lollar DJ, Crews JE. Redefining the role of public health in disability. *Annual Review of Public Health*. 2003;24:195-208.
17. Coelho Filho JM. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. *Revista de Saúde Pública*. 2000;34(6):666-671.
18. Tomasini SLV, Alves S. Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 2007;4(1):88-102.
19. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliar. In: Duarte YAO, Diogo MJD. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. p.33-47.
20. Whal HW, Weisman GD. Environmental gerontology at the beginning of new millennium: reflections on its historical, empirical, and theoretical development. *The Gerontologist*. 2003;43(5):612-627.
21. Sá FD, Moreira IF, Gomes AAM, Assis CB, Almeida FAN, Beltrão GQL, et al. Adaptações ergonômicas e equilíbrio em idosos: análise descritiva do risco de quedas em uma Instituição de Longa Permanência em João Pessoa – PB. In: Anais do 26º Encontro Nacional de Engenharia de Produção; 2006; Fortaleza, Brasil. Curitiba: ABERGO; 2006.
22. Santelle O, Lefevre AMC, Cervato AM. Alimentação institucionalizada e suas representações sociais entre moradores de instituições de longa permanência para idosos em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23(12):3061-3065.
23. Organização Mundial da Saúde. Planificación y organización de los servicios geriatricos. Genebra; 1974. (Informe técnico nº 48).
24. Born T. Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha? Considerações sobre família, residência para idosos (im) previdência social e outras coisas mais. *Revista Kairós*. 2001;4(2):135-148.
25. (Estado) Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG; 2006
26. Portaria nº. 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e revoga a Portaria nº 1395/GM, em 10 de dezembro de 1999. Diário Oficial da União, Brasília, p.20, 20 Outubro 2006. Seção 1.

Recebido em 24/11/2009
Aprovado em 05/10/2010