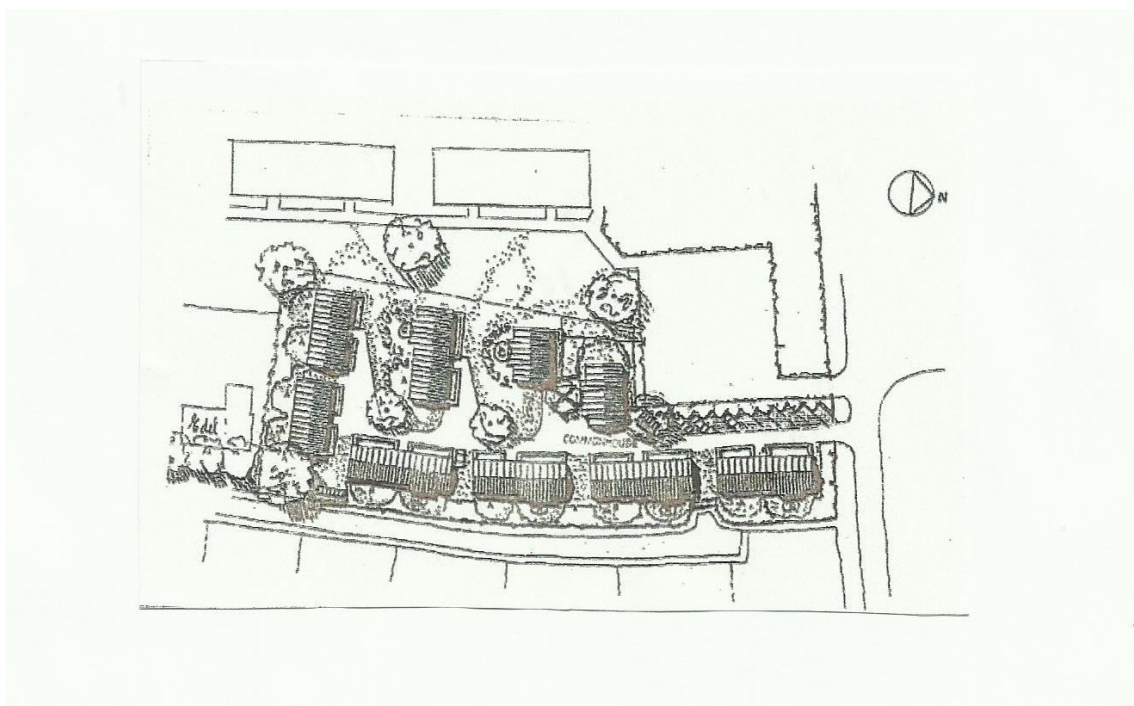


Instituições de longa permanência

INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA E SISTEMAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS



Nelson Frederico Seiffert

Associação Nacional de Gerontologia/SC

Florianópolis, 09/11/2017

INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA E SISTEMAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS

Sumário

- 1 - Introdução
- 2 - Revisão de literatura
 - 2.1 - Formas atuais e futuras de moradia para idosos
 - 2.1.1 - Moradia individual
 - 2.1.1.1 – Gerontologia Ambiental e a estrutura da residência
 - 2.1.1.2 - Gerontotecnologia
 - 2.1.1.3 - O cuidado familiar e profissional
 - 2.1.2 - Condomínios residenciais para idosos
 - 2.1.3 - Comunidades residenciais para idosos com perdas funcionais incapacitantes
 - 2.1.4 - Atendimento Integral Institucional e Instituições de longa Permanência (ILPI's)
 - 2.1.4.1 - Portaria nº 73-MPAS/SEAS, 2001
 - 2.1.4.2 - Resolução ANVISA – RDC nº 283/2005
- 3 - A pesquisa do IPARDES: ILPI's, características e condições de atendimento
- 4 - Considerações sócio econômicas
- 5 - Aspectos conceituais para comunidades residenciais assistidas para idosos
- 6 - Conclusões e recomendações
- 7 - Fontes de consulta

1-Introdução

O desenvolvimento demográfico permite antever que irá ocorrer o surgimento de um contingente numeroso de pessoas idosas com doenças crônicas corporais e cognitivas, e não é difícil estimar que nas próximas décadas ocorra uma duplicação do número de pessoas com perdas funcionais degenerativas incapacitantes.

As características atuais da sociedade humana, o surgimento de novas formas de arranjos familiares, a individualização, a baixa integração entre grupos geracionais, o envelhecimento populacional, obrigam a pensar sobre o uso do espaço físico, do suporte ambiental, e sobre as formas atuais e futuras de moradias. Obriga também a formular modelos efetivos de projetos residenciais para pessoas idosas.

A inclusão social, como conceito de política social, induz um compromisso de solidariedade com as pessoas que envelhecem, e que precisam dispor de condições dignas de sobrevivência, e neste aspecto, coloca-se com bastante preocupação a questão habitacional.

Diversos documentos da legislação brasileira, como A Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso e o Fundo Nacional do Idoso, incorporam em seus dispositivos considerações sobre as condições de habitação para pessoas idosas (Brasil, 2013).

No Brasil atual, é evidenciado que ocorre uma baixa disponibilidade de recursos financeiros na maioria dos municípios, onde são visíveis a pobreza, o isolamento social e a violência. Os dispositivos legais da política social não têm oferecido soluções, sequer para atendimento a pessoas idosas com perdas funcionais que residem em suas próprias casas, e muito menos, para dar suporte a pessoas que vivem em asilos, que dependem de recursos privados, filantrópicos ou custeados pelos próprios internos.

O desafio da moradia no envelhecimento, seja manter-se na própria residência, ou em moradias coletivas, são temas que precisam ser debatidos e buscadas alternativas ao alcance das políticas sociais, de saúde, econômicas e habitacionais.

O asilo, definido como instituição de assistência social, onde são abrigados para sustento ou educação, crianças, moradores em situação de rua, doentes, mentais, idosos, por si só, apesar de sua cultura histórica e significado no âmbito social das grandes religiões, não atenderá, e não pode pertencer ao futuro. Seu papel na história cultural (arquitetura, mental e prática), forma de organização de caridade, como lugar de custódia (depósito, entrega aos cuidados), precisa ser focado de um ponto de vista crítico e inserido no tempo atual. A questão sobre a conceptualização da forma, na qual o ser humano pode ser abrigado e envelhecer com dignidade, precisa ser reavaliada e receber uma resposta aceitável.

O tema da moradia no envelhecimento, encontra-se nos primórdios da **Gerontologia**, onde tem sido tratado com relevância pela **Gerontologia Ambiental**, em termos de diferentes formas de condução e demandas do processo de envelhecimento e disponibilidade de habitações. Além da adequação das condições da moradia para pessoas idosas, são também evidenciados na literatura, argumentos sobre as condições ambientais da localização da residência, do bairro, dos serviços e da qualidade de áreas livres em suas proximidades. Nestes aspectos, tem sido pouco considerado novos avanços na organização social do espaço urbano ou suburbano (Scheidt & Schwarz, 2013).

É possível identificar diferentes formas atuais de como residem pessoas idosas: permanência na habitação familiar, apoiado por parentes próximos; morando só, com suporte de serviços de apoio privado, social e de saúde itinerantes; internado em diversos modelos de comunidades residenciais; internado em Instituições de Longa Permanência – ILPI's, (Schulz-Nieswandt et al, 2012).

Segundo Marília Berzins (2017), moderadora virtual do Portal/Fórum-ILPI, o tema das Instituições de Longa Permanência para Idosos, leva em consideração a atualidade e urgência do enfrentamento do assunto pelos estudiosos do campo da Gerontologia. Pensar sobre as condições em que se encontram os idosos atendidos em instituições asilares é “mexer no quarto escuro e dos fundos do envelhecimento”. Trata-se de um assunto complexo e denso com uma série de variáveis que precisam ser abordadas. Embora o Estatuto do Idoso priorize o atendimento do idoso por sua própria família, cada vez menos famílias reúnem as condições para manter o idoso em casa, colocando-se então, a necessidade de internação em ILPI's, também conhecidas como asilos, casa de repouso, clínica de repouso, lar dos velhinhos. Embora não esteja disponível um censo nacional sobre o total de instituições e número de idosos atendidos, existem estimativas de que o número se situe, entre 5% a 10% do total de idosos do país. A autora considera que várias questões precisam ser colocadas em debate, citando como exemplo: a ILPI é uma instituição de saúde, instituição assistencial, ou é de saúde e assistencial?; quais são as principais atividades que uma ILPI deve oferecer aos idosos, é só cama e comida?; pode-se ter pessoas menores de 60 anos residindo nestas instituições ou ela é só para pessoas velhas?; toda ILPI é um depósito de velhos?; quais as estratégias a serem usadas quando as famílias abandonam idosos nestas instituições?.

<http://www.portaldoenvelhecimento.com/acervo/pforum/ilpis.htm>

Nos documentos legais, são estabelecidas definições de ILPI's, que focam o campo da assistência social, mas também colocam o campo da saúde nas atribuições que são requeridas para caracterização de suas finalidades, sejam entidades privadas ou públicas, como consta na Resolução RDC nº 283/2005 da ANVISA, item 5.2-Saúde – Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, (Brasil, 2005); Portaria nº 73/2001 do MPAS/SEAS, item 9.1 – Definição, item 9.2- onde menciona serviços de atenção biopsicossocial (Brasil, 2001).

Já, a Resolução SS 123, 2001, que define e classifica Instituições Geriátricas no âmbito do Estado de SP, diferencia ILPI's de Casas de Repouso e de Clínicas Geriátricas, introduz o conceito para Clínicas, Residências Geriátricas e as Casas de Repouso. Define Clínicas

Geriátricas como instituições governamentais e não governamentais para pacientes em regime de internato e com mais de 60 anos, sob responsabilidade médica, destinada a prestação de serviços médicos, de enfermagem e demais serviços de apoio terapêutico. Estão destinadas a idosos dependentes e independentes que necessitam de ajuda e cuidado especializados, como acompanhamento e controle adequado de profissionais da área de saúde. Nestas instituições, é exigido necessariamente um médico, como responsável técnico.

Por outro lado, a ILPI, é focada no caráter residencial, sem atendimento médico interno. Podem estar sob responsabilidade técnica de qualquer profissional de nível superior. Nestas, as demandas dos internos por serviços de saúde, são supridas por acesso ao SUS, ou pela prestação de serviços na instituição, por pessoal de saúde itinerante, conforme demanda. (São Paulo, 2001). http://www.mpsp.br/portal/page/portal/CAO_ido

O TCE/SC (Tribunal de Contas do Estado de SC), através da decisão nº 0160, aprovada na sessão plenária de 20/03/17 propôs efetuar uma avaliação da política de atendimento ao idoso no Estado. Considerou que esta iniciativa se torna necessária, tendo em vista aspectos como: ausência de diagnóstico da situação do Idoso em Santa Catarina; deficiências de acompanhamento, fiscalização e avaliação das políticas de assistência ao idoso; deficiências no acompanhamento das denúncias de violência contra idosos; inexistência de fiscalização das entidades de assistência ao idoso; inexistência de critérios específicos para repasse de recursos aos municípios; baixo percentual de recursos destinados à assistência ao idoso em relação ao orçamento da assistência social; e alto percentual de recursos orçados e não executados. Estas foram as constatações de uma auditoria operacional realizada pelo TCE/SC, para avaliar a assistência ao idoso no Estado.

Como resultado, a Secretaria de Estado da Assistência Social, Trabalho e *Habitação* (SST) e o Conselho Estadual do Idoso (CEI) terão que encaminhar ao TCE/SC planos com ações, estabelecendo atividades, prazos e responsáveis, para regularização dos achados de auditoria (TCE, 2017).

<http://www.tce.sc.gov.br/acom-intranet/noticia/30793/tcesc-avalia-pol%C3%ADtica>

O desafio no campo da habitação para o envelhecimento coloca uma mudança de orientação para o sistema prestação de serviços de cuidados a idosos. Não basta apenas assegurar êxito na oferta de serviços de cuidados sociais e de saúde. Precisa também colocar como ponto central, a garantia que o idoso disponha de moradia, situada em um ambiente confiável. Se isto for alcançado, as pessoas idosas poderiam permanecer a maior parte da vida em suas residências ou comunidades assistidas, e seria possível reduzir os elevados custos de recursos materiais e humanos associados à remoção precoce e manutenção de idosos em instituições de longa permanência.

O objetivo do presente trabalho de revisão da literatura, foi estimular um debate crítico sobre o tema ligado a formas de moradia para pessoas que envelhecem e a situação atual das condições habitacionais existentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Em sua avaliação, busca ressaltar abordagens que contemplam vantagens das diferentes possibilidades de moradia para idosos, desde a permanência em sua residência familiar, passando por condomínios residenciais, comunidades residenciais assistidas para pessoas com perdas funcionais graves, e a busca de formulação para um conceito humanizado para instituições de longa permanência.

2-Revisão de literatura

É possível observar duas etapas no processo de envelhecimento. A fase que antecede a demanda de cuidados especiais, que depende da biografia individual, e a fase de dependência de cuidados mais intensivos. De parte da Gerontologia, é estabelecido

empiricamente, que o ficar velho e estar velho, não se identifica com abranger processos de perdas funcionais, e o desenvolvimento de dependência existencial massiva de apoio para a condução da vida individual diária. Há uma grande variação no modo de como o corre o envelhecimento, que é influenciado pelas características individuais de cada pessoa, o que afeta diretamente sua necessidade de condições habitacionais.

Para o entendimento da morfologia residencial são importantes questionamentos sociais e políticos. Política habitacional é parte da política social (como intervenção nas condições de vida e na distribuição de condições de vida), e isto, é por sua vez, parte da política de proteção social.

Morar, é de grande significado existencial, e por isto, um bem da precaução existencial. Morar é uma instituição cultural, na qual as pessoas habituaram-se a funções elementares de proteção e segurança. O espectro de possibilidades de moradia no envelhecimento, tem sido codificado de forma binária entre dois polos. Por um lado, sobre a organização da moradia privada familiar, com conotações de elevada autonomia pessoal, condução independente da vida e com seu mundo entre quatro paredes. Este espaço pode também representar condições técnicas, sociais, psicológicas para se tornar um estreito “container” que compromete a interação humana.

O outro polo focado, a comunidade residencial para idosos, codificado dentro do conceito histórico/cultural de asilo, (atualmente descrito como Instituição de Longa Permanência- ILPI), fundamentado em bons princípios e na tradição de “instituição total”, caracterizada como lugar da despersonalização sistemática (arquitetônica, social), enraizada na abolição da autonomia, e com isto, na condução da vida do indivíduo de forma dependente.

Os aspectos dos fatores de risco e problemas de superlotação nas comunidades residenciais para idosos, bem como das inúmeras perguntas sobre como assegurar a qualidade destas “unidades estacionárias”, tem sido pesquisada intensivamente ao longo dos anos. Neste questionamento é também focado o papel anacrônico da família, do ponto de vista moral (que está em desacordo com os usos e costumes históricos), e falhas da rede de apoio social e de saúde (Schulz-Niezwandt et al, 2012).

A abrangência da competência de instituições de longa permanência na prestação de serviços sociais e de saúde para idosos vêm sendo objeto de debate sobre sua evolução (Costa, 2017). Entre os assuntos relevantes que são reavaliados são abordados aqueles relacionados a aspectos legais, suas finalidades, limites da capacidade de internos, dimensionamento arquitetônico residencial, recursos humanos, gestão, capacitação profissional, bem como identificação de dificuldades e limitações experimentadas pelo Estado, Sociedade e Idoso. Envolve a atuação de profissionais de cuidados, médicos (geriatras, clínicos, neurologistas, etc.), gerontólogos, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, pedagogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, engenheiros, arquitetos, enfermeiros, educadores físicos, entre outros. O acesso a recursos financeiros, materiais e profissionais, tornou-se um grande desafio, que exige, de uma forma geral, esforços governamentais e conscientização da população.

2.1-Formas atuais e futuras de moradia para idosos

Em função da evolução demográfica, também a moradia para pessoas idosas passa a se tornar um desafio para a sociedade. A maioria das pessoas vive em moradias privadas normais e deseja permanecer morando em suas residências. No entanto, muitas das habitações utilizadas não se encontram ajustadas e estruturadas para as condições corporais e psíquicas de pessoas que envelhecem, tornando-se necessário que sejam desenvolvidos novos modelos residenciais adaptados a tais demandas.

Além de adaptações das condições do espaço físico privado, é evidenciado que, a área onde situa-se a habitação esteja organizada de forma a estimular a pessoa idosa a permanecer na região. Para tanto, o ambiente social próximo precisa oferecer condições de infraestrutura urbana, possibilidades de trocas sociais, oferta de serviços de cuidados e de saúde. A estrutura urbana das imediações tem um significado relevante e desempenha um papel importante na localização da habitação do idoso.

Intervenções no campo de moradias para pessoas idosas devem ajudar na manutenção da independência e fortalecer o seu bem-estar. Concretamente, intervenções na moradia podem aumentar a satisfação com o ambiente residencial, promover a remoção de barreiras, prevenir quedas que causam danos físicos e evitar o risco, de que a pessoa se mude para um novo ambiente residencial, que pode ser estranho e desvantajoso. Intervenções gerontológicas incorporam um largo espectro de medidas, com foco na adaptação e aconselhamento sobre oportunidades de otimização da moradia, que tem forte repercussão sobre a condição de saúde de pessoas idosas (Wahl, H, W. & Oswald, F, 2012).

Os tipos de moradias vêm sendo modificadas pelo envelhecimento da sociedade, orientando a oferta de moradias ajustadas a pessoas que apresentam perdas funcionais que afetam a mobilidade, de forma a possibilitar uma maior permanência em suas casas e bairros residenciais. O espaço residencial futuro não pode estar apenas baseado na oferta de moradias especializadas, como casas de repouso, asilos, etc. A oferta de moradias deveria orientar-se muito mais para tipos de residências individuais adequados a idosos, como no caso de condomínios residenciais. No entanto, este tipo de modelo residencial, que incorpora a prestação de serviços residenciais de cuidados sociais e de saúde, diretamente aos residentes, está muito além das perspectivas da evolução populacional de idosos (Kremer-Preis, 2012).

2.1.1-Moradia individual

A grande maioria das pessoas idosas deseja envelhecer em sua residência privada. Para assegurar sua vivência em uma residência própria confiável, estão dispostas a reformar suas casas para propiciar melhores condições de uso, gestão, comodidade física e psicológica. Esta tendência sobre a aspiração da sua condição habitacional tem sido ratificada por inúmeras pesquisas recentes e, é explicada pelo fato de que as gerações de idosos mais recentes dispõem de uma formação escolar mais desenvolvida, querem manter maior contato social, dispor de mais recursos e serviços nas proximidades residenciais, desfrutar de maior autonomia e independência. As formas de moradias institucionalizadas que prestam serviços de cuidados ou asilos, tem perdido significativamente sua aceitação.

A forma residencial atual mais numerosa é a moradia individual, casa ou apartamento. A maior parte dos idosos reside em suas casas privadas e uma minoria reside em habitações especiais, como comunidades residenciais, casas de repouso, asilos. Novas alternativas como condomínios residenciais, residências multifamiliares, ou moradias acompanhadas por serviços itinerantes de cuidados sociais e de saúde, são ainda pouco frequentes, e a mudança para instituições de longa permanência é mais comum em grupos de idosos com idades de 80 a 90 anos.

Pelo fato da elevação do número de idosos que moram sozinhos, a forma de moradia acompanhada, assistidas por serviços residenciais, sociais e de saúde, tende a sofrer uma evolução significativa. Nestas moradias, vivem pessoas idosas de forma autônoma, em uma residência livre de barreiras, contam com familiares ou pessoas que prestam serviços de manutenção residencial e são regularmente acompanhadas por serviços de apoio social e de saúde. A versão de serviços de cuidados residenciais itinerante tende a evoluir em uma dinâmica significativa nos próximos anos, resultante do envelhecimento populacional.

Um desafio especial para este modelo, é a dramática redução do número de pessoas jovens que potencialmente podem ser engajados em serviços de apoio a manutenção e saúde de idosos que moram em suas casas. A alternativa de acesso a serviços de cuidados residenciais permanentes ou itinerantes, direcionados a residências individuais de idosos, mesmo no campo de serviços de saúde, passa a se tornar um critério de orientação para a arquitetura habitacional (Kremer-Preis, 2012, Pynoos et al, 2013).

Em estudos realizados na Alemanha em 2006 (Kremer-Preis, 2012), sobre a forma de moradia de idosos, foi verificado que metade dos idosos moram mais frequentemente em suas próprias residências para assegurar sua autonomia. Em termos de qualidade da moradia acentuam que algumas barreiras precisam ser corrigidas, nominando: redução de desníveis, degraus e escadas; facilitar acesso a varandas; as superfícies de movimentação no espaço sanitário e as portas de acesso não são adequadas para acessar os banheiros sem ajuda de terceiros; que é indispensável dispor em sua residência de um chuveiro individual. Estas demandas indicam que as moradias precisam ser readaptadas às condições do avanço da idade, sendo consideradas uma iniciativa relevante. O levantamento também indicou um aumento no grau de dificuldade para o idoso, quando associado a localização de residências em bairros ou periferia urbana, distante dos recursos, limitando sua mobilidade, o acesso a contatos sociais e aos serviços de comércio e de saúde.

2.1.1.1-Gerontologia Ambiental e estrutura da residência

Uma das preocupações que tem levado ao desenvolvimento de estudos e pesquisas no campo da Gerontologia Ambiental é sobre o aspecto do desenho e construção de domicílios que sejam amigáveis às necessidades de indivíduos que apresentam desabilidades, ou que se tornam fragilizadas pelo processo de envelhecimento. Como resultado estão disponíveis um grande número de propostas de novas estruturas, desenho de plantas baixas. São representações gráficas do corte horizontal de uma construção ou de quartos em unidades residenciais, que propiciem modificações e a inclusão de tecnologias para acomodar indivíduos que se encontrem na fase de envelhecimento.

A busca de um conceito geral de planta baixa tem sido usada para criar produtos, construções, e espaços interiores que reduzam o desconforto ambiental para pessoas idosas e dentro do possível sem a necessidade de grandes adaptações. Tais adaptações reduzem as barreiras e aumentam as características de suporte que facilitam ao indivíduo a participação nas atividades diárias residenciais e de lazer. Diversas modificações podem ser introduzidas pelo acréscimo de facilidades como rampas de acesso a cadeiras de rodas, interruptores automáticos de iluminação de corredores, corrimões de apoio nos banheiros e pela subtração e remoção de itens que oferecem risco, como tapetes ou pisos lisos que podem propiciar quedas. Modificações das estruturas existentes possibilitam adicionalmente melhores condições ambientais, tais como alargamento de portas para favorecer o deslocamento de cadeiras de rodas bem como o reagrupamento de móveis para facilitar a mobilidade dentro dos quartos e mesmo a troca ou descarte de equipamentos que geram desconforto ou dificuldade de manuseio.

Nos riscos ambientais que podem se manifestar na moradia, pesam ainda os hábitos e comportamentos das pessoas residentes, isto é, na forma como as pessoas interagem com o seu ambiente. No caso, por exemplo da existência de uma escada, os indivíduos podem modificar seu hábito e transferir seu quarto de dormir para o piso térreo. Incluir avanços tecnológicos de segurança irá também promover uma maior habilidade para continuar a viver em suas casas conforme envelhecem, principalmente para aqueles que moram sozinhos (Pynoos et al, 2013).

Embora existam inúmeras possibilidades de sugestão de plantas baixas para uma residência de pessoas idosas, seja na forma de remodelação de uma moradia familiar ou apartamento remanescente de um grupo de residentes que incorporavam filhos, seja a construção de uma nova moradia, é necessário levar em consideração as necessidades individuais de cada caso. Por esta razão, não são sugeridos padrões, sendo focados aspectos que precisam ser considerados no dimensionamento e na adaptação da residência às necessidades individuais de pessoas na fase de envelhecimento.

Autores como Püttmann & Hebgen (1990) mencionam como área de planta baixa para uma moradia de dois quartos, entre 55m² e 60m², e para uma moradia de um quarto, 40m² a 45m². Outra autora menciona como um tamanho ideal para uma moradia de dois quartos com área em torno de 58m², mas com base nos modelos adotados na Holanda, que é ressaltada como um exemplo, são sugeridas como adequadas, moradias de 3 quartos com cerca de 70m² (Narten, 1999).

São consideradas como importantes pequenas modificações, reformas ou complementações para equipar a organização interna de cada dependência residencial de forma a se tornar amiga do idoso. Facilitar a vida diária na moradia por propiciar um deslocamento seguro entre os quartos, adequar espaços, incluir móveis que sejam sólidos e mobiliário que possibilite apoio manual, são desejáveis por conferir segurança ao morador. Prever espaço para uma pessoa que venha a prestar serviços de apoio é indispensável, tanto para casais ou idosos que moram sozinhos. Como o espaço interno da moradia de idosos tende a ser normalmente menor, estes aspectos precisam ser considerados no desenho de plantas baixas.

No processo de envelhecimento diversas disciplinas aplicadas ocupam-se dos aspectos espaciais do ambiente que circundam a pessoa idosa. Neste aspecto do dia-a-dia da pessoa idosa são buscadas informações de como a vida diária se modifica, e quais medidas podem ser definidas para que o componente espacial do ambiente doméstico ofereça suporte adequado. A sociologia da arquitetura ocupa-se em responder como a natureza construída influencia o comportamento e como a arquitetura pode influenciar o ambiente espacial de suporte ao idoso (Narten, 1999).

É reconhecido que o tipo dominante de comportamento do idoso em uma residência seja caracterizado por uma condução autônoma do dia-a-dia, pela redução dos contatos sociais, e pode ocorrer uma perda de ânimo. Este padrão sugere que a moradia deva ser pequena para não demandar muito trabalho de manutenção. No entanto o espaço demasiadamente reduzido passa a dificultar a mobilidade interna e a própria satisfação em se ocupar com atividades domésticas gratificantes, que tragam prazer ao indivíduo. Esta constatação leva a busca de respostas a algumas questões que podem ser objeto de estudos:

- 1- Qual tipo de construção residencial resulta ideal para o idoso, e de que forma esta configuração construída influencia o ambiente de pessoas envelhecidas?
- 2- Quais necessidades residenciais podem ser caracterizadas para idosos e aspectos espaciais que contribuem para o bem-estar?
- 3- Quais tendências atuais e futuras de desenvolvimento são reconhecíveis para as necessidades residenciais para idosos?
- 4- Sob quais orientações de serviços sociais são produzidas moradias que atendam às necessidades de pessoas idosas?

Quando se parte de um ponto, que considera um modelo baseado na competência de pessoas envelhecidas e na vida diária em sua residência, é possível propor um conjunto de orientações para tornar a moradia mais adequada às suas necessidades. A exigência de espaço para uma mobilidade livre de barreiras é um ponto central e pode ser alcançado pela remoção

de entraves que dificultam a condução autônoma de trabalhos de manutenção residencial. Também deve ser considerado a inclusão de espaço físico na moradia que favoreça o cultivo de contatos sociais.

Modificações técnicas e de construção civil deveriam também considerar a inclusão dos hábitos de vida que possam ser integrados com sucesso no dia-a-dia da pessoa idosa. A residência deve ter um caráter estimulante e despertar a alegria de viver. As diferentes peças da moradia precisam estar estruturadas de forma que, na condução das diversas tarefas diárias ao longo do dia, haja prazer em se manter em cada dependência. Visitantes precisam também ser atraídos a residência do idoso e não se sentirem desconfortáveis e com isto manterem-se afastados.

2.1.1.2-Gerontotecnologia

O termo Gerontotecnologia é formado por dois conceitos: gerontologia, que é o estudo científico do envelhecimento e tecnologia que é a pesquisa e desenvolvimento de técnicas e produtos. O termo foi cunhado por Brower (1980) da Universidade Técnica de Eindhoven na Holanda. Definiu Gerontotecnologia como sendo o estudo do processo e de necessidades provenientes do envelhecimento, buscando soluções da tecnologia para melhorar a vida diária dos idosos, tanto a nível residencial, como no ambiente de trabalho, e de auxílio médico para os idosos e seus cuidadores (Odebrecht et al, 2017).

<http://portaldoenvelhecimento.com.acervo/artieop/Geral/artigo140.htm>

Gerontotecnologia é o estudo multidisciplinar do envelhecimento e da tecnologia para adaptar os ambientes no qual vivem e trabalham os idosos e seus cuidadores, para que tenha sua independência preservada, possam participar da sociedade e trabalhar melhor com saúde, conforto e segurança. Gerontotecnologia é uma área profissional nova ou disciplina aplicada, concebida para o desenvolvimento de técnicas e produtos baseados no conhecimento do processo do envelhecimento e da preferências e aspectos culturais de indivíduos idosos.

As atividades de pesquisa básica e aplicada envolvem a interação dos idosos com produtos e a construção de ambientes adaptados, tanto a pessoas que se encontram em estágios de envelhecimento normal ou patológico. Os desafios da pesquisa tecnológica referem-se ao processo de alterações físicas, psicológicas, de percepção cognitiva e motora, relacionadas com a idade, e que podem trazer limitações aos indivíduos. As oportunidades que se colocam para a pesquisa tecnológica derivam dos resultados positivos advindos das novas atividades proporcionadas pelo maior tempo livre, a descoberta de novos potenciais de trabalho, o relacionamento com familiares e pessoas da comunidade.

O objetivo complementar é entender como a idade afeta o alcance e o padrão de uso dos dispositivos tecnológicos existentes. Essencialmente a Gerontotecnologia utiliza a tecnologia disponível para reduzir anos de morbidade e desconforto, acrescentando autonomia funcional, estendendo anos de vida independente.

As abordagens mais evidentes da Gerontotecnologia podem ser relacionadas como:

1-Melhorar as ferramentas tecnológicas para o estudo e apoio ao processo de envelhecimento. A nível aplicado, as informações geradas suprem recomendações para usuários e profissionais, tais como no uso de imagem computadorizada de órgãos e tecidos, processamento de sinal de eventos neurológicos, medidas de monitoramento do fluxo sanguíneo, adoção de tecnologias não invasivas. Muitas destas tecnologias, têm revolucionado o estudo científico do processo de envelhecimento biológico e fisiológico, proporcionando tratamentos mais eficazes e efetivos, contribuindo para aumentar o tempo e a qualidade de vida.

2-Prevenir os efeitos do declínio da força, flexibilidade e resistência associada à idade. A maior possibilidade do uso efetivo de tecnologia para o envelhecimento humano é a prevenção, especialmente nos declínios de força, flexibilidade, resistência e outros, tais como capacidades e habilidades relacionadas com a idade. Tecnologia tem uma função na prevenção primária (evitar perdas) e na prevenção secundária (evitar consequências indesejáveis destas perdas). Pesquisas tem demonstrado que estas perdas são modificáveis através de intervenções não somente médicas, mas também envolvendo nutrição, comportamentos, atividade física, treinamento, remodelagem de ambientes e de estilo de vida, evitando-se exposição a condições ambientais cronicamente perigosas, tais como poeiras, ruído excessivo (aparelhos auditivos), consumo de drogas, etc.

O papel preventivo da tecnologia inclui projetos de equipamentos facilitadores para intervenção e de equipamentos que monitoram funções fisiológicas, uso de interruptores de luz acionados por movimentos humanos e dispositivos de advertência de risco causados por deficiência sensorial.

Na ação preventiva enquadram-se técnicas cognitivas como o treinamento no manejo de equipamentos de informática, comunicação, informação com ajuda da internet e sistemas de manejo e desligamento programado de equipamentos elétricos e eletrônicos.

Para compensação funcional, são encontrados recursos técnicos como equipamentos para audição, visão, próteses, sistemas de memorização, de ajuda para chamadas de emergência, cadastro e documentação. Neste grupo também estão incluídos equipamentos destinados a recapacitação por exercícios físicos.

A adoção dos recursos tecnológicos por idosos deve atender algumas expectativas como a maximização de ganhos e minimização de custos, deve estar adaptada as características, tipos de uso demandados e ser de fácil aprendizado. Deve ser ressaltado, que o segmento de idosos ainda está relativamente pouco incluído e capacitado para assimilação das múltiplas funções incorporadas aos equipamentos atuais.

3-Aumentar a performance das novas funções a serem assumidas decorrentes do envelhecimento. A Gerontotecnologia fornece tecnologia para melhorar a performance de novas funções provenientes do envelhecimento, incluindo a troca de função no trabalho, lazer e situações sociais. Exemplos incluem o projeto de moradias adaptadas, que satisfaçam as necessidades do idoso, tecnologias de informática e de comunicação amigáveis, que conectem usuários de forma remota a familiares, amigos, multimídia, serviços médicos, lazer, educação.

4-Compensação do declínio das capacidades associada com o envelhecimento. A Gerontotecnologia oferece tecnologias para compensar declínios das capacidades funcionais associadas à idade, que poderão limitar a independência individual e restabelecer a autonomia funcional. Exemplos incluem produtos e técnicas para compensar consequências de perdas sensoriais, de percepção, e dispositivos, que podem ser operados com força e habilidades motoras reduzidas. Exemplos incluem a adaptação a condições de luminosidade (quedas), auxílios de mobilidade para locomoção, dispositivos de assistência a consecução de tarefas diárias que não mais podem ser contempladas sem assistência compensatória.

Na ação compensatória enquadram-se técnicas cognitivas como o treinamento no manejo de equipamentos de informática, comunicação, informação com ajuda da internet e sistemas de manejo e desligamento programado de equipamentos elétricos e eletrônicos. Para compensação funcional, são encontrados recursos técnicos como equipamentos para audição, visão, próteses, sistemas de memorização, de ajuda para chamadas de emergência, cadastro e documentação. Neste grupo também estão incluídos equipamentos destinados a recapacitação por exercícios físicos.

5-Assistência aos cuidadores. A Gerontotecnologia fornece tecnologia para assistir àqueles que prestam serviços domiciliares para pessoas idosas e incapazes. Exemplos são dispositivos ergonomicamente projetados para auxiliar o levantamento e transferência de pessoas que não podem mover-se sozinhas, equipamentos médicos, tais como respiradores, dispositivos para injeções intravenosas, equipamentos de monitoramento, que podem ser usados, não só por médicos e enfermeiras, mas também por cuidadores e familiares treinados para dar assistência a idosos em fase crítica.

2.1.1.3-O cuidado familiar e profissional

Em geral, quem vive até uma idade avançada passa a necessitar de apoio de outras pessoas, membros familiares, amigos, vizinhos, ou profissionais para conduzir as atividades da vida diária. A ajuda de familiares, é por princípio, o melhor apoio que se pode oferecer a idosos, embora estejam pouco capacitadas a lidar com as tensões e esforços decorrentes do engajamento na tarefa da prestação de serviços de cuidados a pessoas com patologias degenerativas. O cuidado implica na condução de várias atividades, que dependem da condição do idoso e dos recursos da família (Born, 2008).

As tarefas mais comuns que são desempenhadas pelo cuidador familiar envolvem itens como: manutenção residencial; preparo de refeições; assistência na locomoção dentro e fora de casa; assistência na higiene e cuidados pessoais; assistência no controle financeiro; prestação de cuidados de enfermagem e administração de medicamentos; apoio psicológico, entre outros.

A maioria dos familiares que cuidam da pessoa idosa (pai, mãe, marido, mulher) concordam que existe uma responsabilidade moral, que se trata de uma motivação altruísta, de uma reciprocidade, de gratidão, e temor de censura por terceiros quando não assumem a prestação de cuidados.

Na maior parte das famílias, um membro em particular assume a responsabilidade do cuidado, sendo geralmente assumido por mulheres, esposas, filhas, noras, irmãs, na faixa etária de 45 a 65 anos, embora possa dividir a tarefa com outros membros familiares, ou através da contratação de um profissional de cuidados. Como não representa um encargo temporário, e as exigências de cuidados ao idoso passam a ser muito grandes, o cuidador familiar passa a não dar mais conta de todas as responsabilidades e recorre a contratação do serviço de cuidadores profissionais, e em casos mais complexos, a família decide pela internação do idoso em uma Instituição de longa Permanência (ILPI).

O cuidado de uma pessoa idosa é uma tarefa duradoura, que exige uma reorganização familiar, profissional e social. Nas relações entre os familiares envolvidos na prestação de cuidados, é frequente a ocorrência de tensões emocionais, desacordos e conflitos sobre atitudes e comportamento em relação a solidariedade na divisão de tarefas, e o modo de condução do cuidado prestado. Estas dificuldades são particularmente relevantes quando a pessoa cuidada demanda atenção decorrente de necessidades especiais, como no caso de doenças crônicas, degenerativas e demência (Born, 2008).

Muitas pessoas idosas dependem do apoio físico, emocional e econômico da família. A situação agrava-se quando ocorrem doenças incapacitantes, ocasionando a perda ou diminuição do nível de autonomia e independência para a realização das atividades da vida diária. Se os laços afetivos não forem suficientemente fortes, o cuidar da pessoa idosa passa a ser uma tarefa penosa, encarada como uma obrigação. Os membros responsáveis pela prestação de cuidados acabam por reconhecer os limites de sua capacidade de atuar nos cuidados e passam a demandar ajuda profissional. Quando a família dispõe de recursos financeiros, poderá contratar um cuidador profissional, que detém conhecimentos e

treinamento para atuar no aconselhamento da família e desenvolver uma rotina de cuidados adequada a condição do idoso (Munhoz et al, 2008).

Mudanças nas últimas décadas da condição das famílias tem conduzido à fragilização dos vínculos e menor comprometimento com o cuidado a membros familiares que atingem a fase de envelhecimento. Mesmo a existência de filhos não tem sido uma garantia de cuidados na velhice e tem-se tornado evidente a necessidade de oferecer um sistema formal de suporte que inclua a família e sociedade para que o idoso tenha um atendimento qualificado, reduzir o seu grau de dependência e diminuir a depressão e a necessidade de cuidados prolongados (Russel, 2017).

Segundo Camarano (2008), deve ser prevista a criação de uma rede de assistência, formada por Centros de Convivência, Centros Dia, atendimento domiciliar e outras formas de integração do idoso na família e com a sociedade. Segundo a Portaria MPAS/SEAS N º 73-10/05/2001, as modalidades de atendimento, como Centro de Convivência e Centro Dia tem caráter temporário. Nos Centros de Convivência, é previsto a frequência de idosos por 4 dias semanais e durante 4 horas diárias. Nos Centros Dia é previsto a frequência de idosos, no período diurno, quando a família não dispõe de condições para manter o atendimento em tempo integral, sendo retornados a suas residências no período noturno. Atualmente também, vem sendo cogitado uma modalidade de permanência do idoso apenas no período noturno. Funciona em equipamento de acolhimento noturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam em seu domicílio e que por viverem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite.

<https://www.apav.pt/apoios/index.php/accordion-a/pessoas-idosas/centro-de-noite>

No entanto, estas iniciativas não eliminam a demanda por instituições que possam abrigar idosos de forma permanente. Isto decorre da existência de idosos totalmente dependentes, com carências de renda, que não constituíram família, ou vivem em situação familiar conflituosa, e demandarão serviços de cuidados não familiares. Nestas condições, as Instituições de Longa Permanência representam uma opção necessária, que tanto o Estado como as Organizações Privadas, precisarão disponibilizar para a sociedade atual, que avança significativamente no número de pessoas que envelhecem.

2.1.2-Condomínios residenciais para idosos

A pesquisa tem demonstrado, que nos últimos anos um grupo crescente de idosos está disposto a mudar-se para condomínios residenciais, buscando obter maior contato social, dispor de maior segurança, de melhores serviços de apoio e saúde, mantendo o máximo possível de sua autonomia, individualidade e independência (Schulz-Nieswandt et al 2012).

Novos arranjos de formas residenciais privadas vêm sendo propostos, resultantes de mudanças nos estilos de vida de novas gerações de pessoas que alcançam a fase de envelhecimento e dispõe de maiores níveis de formação educacional. Incluem valores ligados a autossuficiência, autodeterminação e liberdade individual. Os estudos quantitativos indicam que já ocorre um percentual de 25% de pessoas no segmento destes “novos idosos” com faixa etária de 45 a 70 anos. Esta mudança vem associada a uma crescente demanda para uma nova forma de moradia, que se organiza em torno de condomínios residenciais para idosos (Kremer-Preis, 2012).

A teoria moderna de condomínios residenciais originou-se na Dinamarca nos anos sessenta, entre grupos de famílias que estavam insatisfeitas com seu sistema de moradia, que acreditavam não satisfazer suas necessidades, tendo este conceito expandindo-se para outros países. A maioria dos grupos que se interessam por condomínios buscou desenvolver comunidades intergeracionais e algumas dirigiram seu foco para a criação de comunidades

sêniores, grupos de pessoas com 50 anos ou mais que ingressavam na fase de envelhecimento. Atualmente existem centenas de comunidades na Dinamarca, EUA, Canadá, Holanda Austrália e Reino Unido. No Reino Unido os condomínios residenciais compõem-se de grupos de casas que variam entre 8 a quinze moradias. A maioria são comunidades multigeracionais, mas diversas são construídas para pessoas com mais de 50 anos.

As residências são em geral estabelecidas por construções novas em padrões modernos e ambientalmente amigáveis. Em alguns casos podem também resultar de adaptação de casarões antigos e transformados em apartamentos individuais e áreas de uso coletivo. Os condomínios podem ser localizados em áreas urbanas, suburbanas ou mesmo em áreas rurais próximas à cidade. Um sistema não hierárquico é empregado para a estruturação da tomada de decisão sobre a administração do espaço coletivo e alguns residentes assumem, por consenso, responsabilidades como a manutenção da contabilidade, cuidado dos jardins, promoção de eventos sociais, entre outros. A forma legal é típica de condomínios residenciais empregados em edifícios e está apoiada sobre a propriedade individual das moradias e as áreas comuns são compartilhadas pela associação do condomínio.

A área onde a comunidade é implantada, é planejada, adquirida e administrada pelos residentes, os quais compartilham atividades comuns, que podem incluir o cuidado de pessoas inabilitadas e enfermas através da contratação de serviços prestados por terceiros para manutenção residencial e de saúde, e governança da comunidade, entre outras. Instalações comuns podem incluir cozinha coletiva, sala de refeições, lavanderia, escritório, biblioteca, acesso à internet, sala de lazer e visitas, áreas recreacionais e desportivas, áreas verdes, jardins, caminhos e instalações para serviços de saúde (Durrett, 2009).

2.1.3-Comunidades residenciais para idosos com perdas funcionais incapacitantes

Em anos recentes vem ocorrendo uma significativa mudança na configuração de residências para idosos e construções destinadas a abrigar e prestar serviços de cuidados a idosos, com respeito a qualidade de vida, em especial para residentes afetados por patologias como esclerose múltipla e demência. Neste sentido, os estudos têm buscado desenvolver um conceito básico para comunidades residenciais de longa permanência, que orientem sobre o planejamento, a configuração de estruturas físicas e gestão de recursos humanos exigidos para abrigar e prestar serviços de cuidados a idosos com perdas funcionais incapacitantes.

Estas propostas têm evoluído para incorporar melhorias qualitativas significativas nos serviços demandados. O modelo de estrutura central de prestação de serviços (asilo) vem sendo abandonado. A arquitetura vem orientando-se para moradias para grupos pequenos de pessoas e as atividades dos residentes segue um modelo familiar normal de administração residencial, associado a manutenção de serviços e de cuidados de saúde. Estes conhecimentos vêm sendo reunidos e agrupados, buscando-se a uma proposta de melhores práticas para abrigo e cuidados a idosos que demandam cuidados especiais.

Nos EUA, desde os anos 80, especialmente em instituições que incorporam cuidados a pessoas com demência, ficou evidente, que um modelo centralizado, que abrigasse diferentes patologias degenerativas não mais poderia ser promovido. A desconstrução de capacidades somáticas e cognitivas não podem se diminuídas ou retardadas, e o esforço passou a ser direcionado a melhoria da qualidade de vida de residentes, localizados em instituições especializadas. Estas tendências foram também verificadas na Austrália e Suécia, França, que observaram que nestas comunidades, quando comparadas com unidades tradicionais, havia uma melhora na satisfação e bem-estar, mobilidade mais elevada, maior atividade, menor dependência, uma baixa depressividade, uma melhora na comunicação verbal.

Na Alemanha, mais da metade de todos idosos residentes em unidades de serviços de cuidados estão afetados por doenças somáticas degenerativas e por doenças demenciais. Com estas patologias e sua resultante desconstrução cognitiva, estas pessoas não estão mais em condições de autossuficiência para viverem em seu ambiente normal. Resulta desta condição a necessidade de que devam ser estruturados ambientes específicos, que incorporem conceitos de moradia e de cuidados voltados para pessoas afetadas por perdas cognitivas, com acesso a cuidados específicos prestados por pessoal especializado (Marx, 2012).

Na sociedade coletiva, ocorre na prática uma separação e aglutinação de grupos sociais distintos por suas características geracionais e culturais. No caso de grupos geracionais de pessoas idosas, afetadas por perdas funcionais, doenças crônicas e demência, são propostas condições residenciais específicas, que possam atender demandas decorrentes destes quadros degenerativos.

Um estudo realizado na Alemanha sobre formas de moradia, qualidade de vida e custo benefício de comunidades residenciais para pessoas com restrições de saúde decorrentes de demência e esclerose múltipla, levantou informações em 20 comunidades residenciais e efetuou comparações com os respectivos dados obtidos em asilos. O estudo indicou, que pela mudança social trazida pelo envelhecimento populacional, ocorre entre os idosos a necessidade da busca por inclusão social, e que não há disponibilidade suficiente de serviços residenciais que possam atender pessoas afetadas por perdas funcionais graves que residem em suas casas. Muitas cidades apresentam condições de restrição financeira e de recursos escassos para investimento em programas de cuidados para idosos. Pobreza, isolamento e insolvência são os desdobramentos que permanecem ocultos e pouco evidenciados na população envelhecida. (Schulz-Nieswandt e tal, 2012).

É previsto para as próximas décadas, que pelo envelhecimento populacional haja um aumento significativo do contingente de idosos afetados por doenças crônicas, demência e esclerose múltipla. A política social e de saúde, deveria buscar ajustar-se antecipadamente a esta perspectiva, criando mecanismos que possam fazer frente a este desafio. No centro de um conceito de política social e de saúde, que possa oferecer resultados, podem ser antevistas diferentes estruturas de prestação de serviços de cuidados a idosos. O princípio da inclusão social incorpora a solidariedade com pessoas que na realidade não dispõem de um serviço pleno de apoio à altura de suas necessidades.

Neste sentido, é relevante a consideração de projetos habitacionais para comunidades residenciais que possam abrigar pessoas idosas com características de perdas funcionais similares. Pessoas com problemas comuns, que moram juntas ou próximas, tanto em casas individuais, residências coletivas ou na vizinhança, influenciam-se mutuamente em sua qualidade de vida.

A alocação de recursos do sistema social e de saúde em serviços de cuidados prestados a comunidades residenciais, passa a ser crítica, quando o serviço de cuidados conduzidos previamente no âmbito da moradia individual não é mais suficiente, ou quando assume um custo excessivamente elevado, resultante da evolução degenerativa do estado de saúde do idoso. É consenso que, comunidades residenciais para pessoas afetadas por patologias demenciais, devam apresentar um custo que não seja mais elevado que o custo de residentes em asilos. São também levantados questionamentos, se as comunidades residenciais para idosos apresentam uma relação custo benefício que seja aceita pela sociedade.

Na Suécia, Suíça e outros países, organizaram-se, desde os anos 80, formas residenciais de grupos de moradores assistidos e acompanhados por serviços de cuidados sociais e de saúde. Estas comunidades (sociedades) de moradores são auto administradas e proporcionam

formas de vida assistida para idosos. Na Alemanha foram incluídos como alternativa para serviços estacionários de cuidados de longo prazo.

Em uma comunidade habitacional assistida, vivem em conjunto, um número pequeno de pessoas (12 a 20) que demandam cuidados de saúde. Funcionam como um sistema de vida familiar, cada residente possui seu próprio quarto, estão disponíveis espaços de uso coletivo, e dispõe de recursos humanos que prestam cuidados residenciais, de saúde e organizam a vida grupal. Serviços de saúde especializados e de assistência social visitam a comunidade de forma periódica e dão suporte a demandas individuais. Incorporado ao sistema está uma organização social privada ou associação que contribui para a administração da comunidade residencial.

Questões que são periodicamente levantadas pelos residentes são: a qualidade do acompanhamento e de cuidados; a satisfação das pessoas que prestam serviços; a integração com os serviços públicos de assistência social e de saúde; a satisfação dos residentes com relação aos serviços prestados; aspectos de custos benefícios em relação a sua comparação com os asilos.

O curso do dia a dia é estabelecido individualmente pelos internos, ou definido coletivamente em atividades conjuntas. A orientação é direcionada para aspectos de saúde e o desenvolvimento de atividades e de competências necessárias, que contribuam para maximizar a autossuficiência corporal e psicológica dos residentes (Schulz-Nieswandt et al, 2012).

As pesquisas que efetuaram avaliações sobre a qualidade de vida e efetividade dos custos benefícios destes grupos residenciais que abrigam pessoas idosas com restrições de saúde, indica que a qualidade de vida individual nestas comunidades residenciais é mais elevada que em asilos. Isto decorre particularmente, em razão do desenvolvimento de uma maior inclusão social verificada no modelo.

Um modelo de moradia comunal para pessoas com restrições de saúde, pode suprir um padrão de estrutura institucional, que poderia ser assumido por diferentes setores, seja instituições sociais, sistemas de seguro social, bancos, construção civil e atores sociais ligados ao campo habitacional, por poder incluir um efeito de ganhos de escala, que não é verificado nas formas do modelo de instituições de longa permanência atual. Seria oportuno desenvolver um modelo padronizado, avaliado do ponto de vista de custo benefício, visando a política social habitacional para idosos na implantação de instituições de longa permanência.

Se fosse caracterizado, como um investimento estruturado na forma de rede social de comunidades habitacionais, as moradias, do ponto de vista arquitetônico, contribuiriam para: influenciar a interdependência; orientariam determinados processos sociais; conduziram a formação de um sistema de reciprocidades e de um sistema de ajuda mútua. Deve-se ressaltar que, tanto em casas, asilos ou associações de comunidades residenciais, a qualidade da vida e a sociabilidade são determinadas por formas subjetivas da organização social.

2.1.4-Atendimento Integral Institucional e ILPI's

Na legislação brasileira existem diversos documentos que tratam da proteção ao envelhecimento e prestação de serviços a idosos. Na legislação de nível nacional sobre instituições que atuam no atendimento integral institucional, a Portaria nº 73 do MPAS/SEAS/2001 e a Resolução da ANVISA, RDC nº 283, de 26/09/2005, buscam oferecer orientações sobre a estrutura e organização do funcionamento das instituições de longa permanência (ILPI's), que também devem estar de acordo com as normas da ABNT – NRB 9050/2004 e Portaria 810 do MS de 1989. (Brasil, 2005; Brasil 2001; ABNT, 2004; Ministério Saúde, 1989). http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/políticas_públicas/8.pdf

A nível estadual, a Resolução SS-123/2001, que define e classifica as Instituições Geriátricas no âmbito do Estado de São Paulo, diferencia Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) das Casas de Repouso e Clínicas Geriátricas. A ILPI é definida como instituição governamental ou não governamental de caráter residencial, destinada ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, quando o tratamento médico não constitui elemento central deste atendimento. Está destinada a idosos independentes para as atividades da vida diária. Inclui também aqueles que necessitam utilizar algum equipamento de autoajuda. Estes estabelecimentos podem estar sob responsabilidade técnica de qualquer profissional de nível superior. As Clínicas Residenciais Geriátricas e as Casas de Repouso são definidas como instituições governamentais e não governamentais, para pacientes em regimes de internato e com mais de 60 anos, sob responsabilidade médica, destinada a prestação de serviços médicos, de enfermagem e demais serviços de apoio terapêutico. Estão destinadas a idosos dependentes e independentes que necessitem de ajuda e cuidados especializados, com acompanhamento e controle adequado de profissionais da área de saúde. Nestas instituições é exigido o médico como responsável técnico (São Paulo, 2001).

<http://www.mpsp.br/portal/page/portal/Cao-ido>

Embora as características gerais das diferentes regulamentações sobre atendimento integral institucional mereçam uma análise aprofundada, para o objetivo de análise deste trabalho, são focados aspectos específicos relacionados a condições habitacionais estruturais, arquitetônicas, de recursos humanos e de saúde propostos na legislação para a implantação e funcionamento de instituições de longa permanência.

2.1.4.1-Portaria nº 73 do MPAS – SEAS de 2001 – Normas de funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil – 9-Atendimento Integral Institucional.

Atendimento integral institucional é aquele prestado a uma instituição asilar, prioritariamente aos idosos sem famílias, em situação de vulnerabilidade, oferecendo-lhes serviços nas áreas **social**, psicológica, **médica**, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de enfermagem, de odontologia e outras atividades específicas para este segmento social.

O objetivo é garantir aos idosos em estado de vulnerabilidade serviços de atenção **biopsicossocial** em regime integral, de acordo com suas necessidades, priorizando sempre que possível, o vínculo familiar e a integração comunitária. O público alvo focado é o idoso dependente ou independente em estado de vulnerabilidade social, com ou sem vínculo familiar, que não dispõe de condições de permanecer em sua família ou em seu domicílio.

Prevê a inserção da instituição em uma rede de apoio, que incorpora a SEAS do MPAS, Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de **Assistência Social**, famílias, Universidades, ONG's, voluntários. A atuação da Assistência Social, faz-se pela prestação de serviços destinados a atender pessoas e comunidades que buscam apoio para desenvolver sua autonomia, participação, exercício da cidadania e acesso a direitos sociais e humanos, podendo ser da rede do Estado, privada ou ONG's. A assistência Social é responsável por fazer uma análise da realidade social e institucional, e intervir para melhorar as condições de vida de usuários, como por exemplo, no caso de idosos internados. http://site.cress-se.org.br/?page_id=139

Trata-se de estabelecimento com denominações diversas, correspondente aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 anos ou mais, sob regime de internato, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado e que dispõe de um quadro de recursos humanos para atender as necessidades de cuidados com a assistência social, saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários e desenvolver outras atividades que garantam a qualidade de vida. São exemplos de denominações: abrigo, **asilo**, lar, casa de

repouso, clínica geriátrica, ancianato. Estes estabelecimentos poderão ser classificados segundo as modalidades, observando a especialização do atendimento em modalidade I, modalidade II e modalidade III.

Modalidade I – É a instituição destinada a idosos independentes para as atividades da vida diária (AVD), mesmo que requeiram uso de algum equipamento de autoajuda, isto é, dispositivos tecnológicos que potencializem a função humana, como por exemplo, andador, bengala, cadeira de rodas, adaptação para vestimenta, escrita, leitura, alimentação, higiene, etc.

A capacidade máxima recomendada para a acomodação de residentes é de 40 pessoas, sendo 70% em quartos para 4 idosos e 30% para 2 idosos.

Modalidade II – É a instituição destinada a idosos dependentes e independentes que necessitam de auxílio e de cuidados especializados e que exijam controle e acompanhamento adequado de profissionais de saúde. Não são aceitos internos portadores de dependência física acentuada e doença mental incapacitante. Capacidade máxima é de 22 pessoas, sendo 50% para acomodação em quartos para 4 idosos e 50% para quartos que acomodem 2 idosos.

Modalidade III – É a instituição destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total, no mínimo, em uma atividade da vida diária. Necessita de uma equipe interdisciplinar de saúde. A capacidade máxima recomendada é de 20 internos, sendo 70% para acomodação em quartos para 2 pessoas e 30% para acomodação em quartos para 4 idosos.

Projeto arquitetônico, padrões básicos e necessidades físico-espaciais:

O atendimento integral institucional pode ser realizado por instituições de atendimento a idosos, por serviços que podem ser implantados e desenvolvidos tanto em edificações novas quanto em adaptações de edificações já existentes e deverão estar de acordo com a NRB9050/2004 da ABNT e da Portaria 810 do MS/1989, (ABNT, 2004; Ministério da Saúde, 1989).

Além disso, o projeto dessas edificações deve atender à legislação municipal vigente (Plano Diretor, Código de Edificações, Normas de prevenção de Incêndio e outras) e ser elaborado por arquiteto ou engenheiro civil regularmente registrado no CREA da região. Destaca-se a necessidade de um cuidado rigoroso no detalhamento dos projetos e na especificação dos materiais de acabamento e de um controle rígido na execução das obras.

Convém salientar que as exigências de conforto e de acessibilidade não podem ser consideradas um requinte construtivo, mas sim, devem ser entendidas como elementos de qualidade de vida e condição de autonomia para os idosos (mais vulneráveis e com limitações de mobilidade advindas do processo de envelhecimento), bem como elementos de prevenção de quedas e outros acidentes domésticos. As propostas espaciais devem orientar-se no sentido de estimular as aplicações e capacidades próprias dos idosos, melhorando as comunicações e a manipulação de objetos do cotidiano.

A norma ABNT NBR 9050/2002 trata da acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos e seu objetivo é estabelecer critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto de construção, instalação e adequação de edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos às condições de acessibilidade.

No estabelecimento destes critérios e parâmetros técnicos foram consideradas diversas condições de mobilidade de percepção do ambiente, com ou sem ajuda de aparelhos específicos, como: próteses, aparelhos de apoio, cadeiras de rodas, bengalas de rastreamento, sistemas assistivos de audição ou qualquer outro que venha a complementar as necessidades individuais. Todos os espaços, edificações, mobiliário e equipamentos urbanos que vierem a ser projetados, construídos, montados ou implantados, bem como reformas e ampliações de

edificações e equipamentos urbanos, devem atender ao disposto nesta Norma para serem considerados acessíveis. <http://www.pessoascomdeficiencia.gov.br/app/sites/d>

A Portaria nº 810, de 22/09/89 do Ministério da Saúde aprova normas e padrões para o funcionamento de **casas de repouso, clínicas geriátricas** e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional. Além de orientações gerais quanto a organização, destaca que a Direção Técnica das instituições para idosos devem contar com um responsável técnico, detentor de uma das profissões da área da saúde, que responderá pela instituição junto a autoridade sanitária. Ressalta que as instituições que tem entre as suas finalidades prestar atenção médico-sanitária aos idosos devem contar em seu quadro funcional com um coordenador médico. Com relação a área física e instalações, entre outras orientações, estabelece que para dormitório de um leito, a área mínima de 6,5m² e quando for ocupada por até 4 leitos, estejam disponíveis 5m² por leito.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1989/prt0810_22_09_1989.html

Em relação a características gerais, a Norma n^o 73/01 do MPAS/SEAS oferece um conjunto de orientações para a estruturação de instituições de atendimento integral institucional. Devem, por exemplo, estar localizadas preferentemente em terreno plano, edificação deveria ser preferentemente térrea, situada dentro da malha urbana, com facilidade de acesso por transporte coletivo, preferencialmente próximo a rede de serviços de saúde, comércio e atividades culturais, favorecendo a integração do idoso a comunidade do entorno. Nos espaços externos às edificações, devem ser previstas áreas verdes com caminhos, bancos, solário, áreas de jardinagem e atividades ao ar livre. O estacionamento deve ser interno, com vagas compatíveis para estacionamento de ambulâncias, veículos de serviços e para pessoas com necessidades especiais. Os pisos externos devem ser antiderrapantes e os acesso a edificações e circulação interna deverá ser através de corredores livres de obstáculos, havendo rampas e escadas, deverão estar em conformidade com especificações das normas.

Com relação a condições de conforto e acessibilidade às edificações e circulação interna são estabelecidas orientações e dimensionamentos relacionados a: rampas e escadas, corredores, elevadores, portas, janelas, mobiliário, dormitórios, sanitários, cozinha e áreas de serviços e iluminação de áreas internas. Com relação às necessidades físico-espaciais das três modalidades de residências, **salienta-se tratar-se de um conjunto de exigências a ser adequadas às características regionais do país** e, mais que tudo, às exigências funcionais que forem sendo sentidas pelos idosos alvos do serviço. Essas necessidades físico-espaciais são delineamentos básicos orientadores dos projetos válidos, porém, **sujeitos a constantes adequações, inovações e retificações** (Tabela 1).

Tabela 1 – Necessidades físico-espaciais mínimas preconizadas para as modalidades residenciais para instituições que prestam atendimento integral institucional previstas na Norma nº 73/2001-MPAS/SEAS. Fonte (Brasil 2001). Adaptado Seiffert, 2017.

Item	Modalidade I	Modalidade II	Modalidade III
Projeto arquitetônico, área total:	472m ²	303m ²	405m ²
Área construída por usuário:	11,80m ²	17,86m ²	20,25m ²
Capacidade:	40 pessoas	22 pessoas	20 pessoas
-Número quartos-4 idosos:	70%	50%	70%
-Número quartos-2 idosos:	30%	50%	30%
Dormitórios c/banheiros/2pessoas,			
6 dormitórios x 15m ² :	90m ²	-----	-----
5 dormitórios x 15m ² :	-----	75m ²	-----
4 dormitórios x 15m ² :	-----	-----	60m ²

Dormitórios c/banheiro/4pessoas, 7 dormitórios x 20m2:	140m2	-----	-----
3 dormitórios x 20m2:	-----	60m2	60m2
Compartimentos:			
01-Sala Direção/Técnicos, Reuniões:	12m2	12m2	12m2
02-2 Salas atividades coletivas/15pessoas, 2 x 25m2=50m2:	50m2	50m2	50m2
03-Sala atividades individuais:	8m2	8m2	8m2
04-Sala convivência:	30m2	30m2	30m2
05-Sala atendimento multiuso: 3 salas de 12m2:	-----	12m2	-----
06-Espaço inter-religioso/meditação:	-----	20m2	20m2
07-Ambulatório:	8m2	8m2	8m2
08-Almoxarifado:	10m2	10m2	10m2
09-Copa/Cozinha:	16m2	16m2	16m2
10-Área Serviço/lavanderia/tanque:	4m2	4m2	4m2
11-Depósito Geral:	4m2	4m2	4m2
12-Banheiros/armários/funcionários, 2 banheiros x 3m2=6m2:	6m2	6m2	6m2
13-Circulação interna/divisórias/25%			
Obs: incluir 1m2/residente de área descoberta destinada atividade ao ar livre: Ambulância, estacionamento: ?? Espaço externo/jardim: ??	95m2	78m2	81m2

Recursos Humanos:

Os recursos humanos devem ser das Secretarias Municipais e ou Estaduais de Saúde, Assistência Social ou congênere, estar em disponibilidade nas Unidades de Referência do Município, e estabelecer uma rede de suporte às Instituições de Atendimento Integral Institucional. Um dos recursos humanos da equipe, de nível superior deverá ser o coordenador (Tabela 2).

Tabela 2 – Recursos humanos previstos para as instituições de atendimento integral institucional, conforme estabelecido na Portaria nº 73 MPAS/SEAS (Brasil, 2001).

Adaptado, Seiffert, 2017.

Item	Modalidade I	Modalidade II	Modalidade III
Atendimento de saúde:	SUS	Acompanhamento p/ profissionais de saúde	Assistência total
Médico:	-----	4	8
Fisioterapeuta:	-----	8	12
Fonoaudiologia:	-----	6	8
Terapia ocupacional:	-----	8	12
Psicólogo:	-----	4	6
Enfermeira:	-----	8	24
Auxiliar enfermagem:	-----	24	48
Cuidadores:	-----	48	72
Farmacêutico:	-----	8	8
Odontólogo:	-----	2	2
Subtotal RH saúde:	(0)	(72)	(128)
Síndico/Gerente/Coordenador:	1	1	-----
Pedagogo:	4	6	8
Assistente Social:	2	6	72
Cuidador:	-----	48	32
Limpeza:	16	24	24
Segurança:	24	24	16
Copa/cozinha:	16	16	1
Nutricionista:	1	1	(282)
Total geral:	(64)	(198)	
Gerontólogo: ??			
Geriatra: ??			

Técnico Enfermagem: ??			
------------------------	--	--	--

2.1.4.2-Resolução ANVISA – RDC nº 283/2005

A Resolução RDC nº 283 de 26/09/2005 da ANVISA, que define normas de funcionamento para Instituições de Longa Permanência (ILPI's), considera que sua abrangência é destinada a morada coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar (Brasil, 2005).

A Resolução aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para a Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's), que deverão ser implementadas pelas Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do DF, **podendo adotar normas em caráter suplementar, com a finalidade de adequá-lo às especificidades locais.**

O objetivo é estabelecer o padrão mínimo de funcionamento das ILPI's, sendo aplicável a instituições **governamentais e não governamentais**, destinando-se a moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania.

É definido no regulamento, que os idosos são classificados pelo grau de dependência em: Grau de Dependência I – Idosos independentes, mesmo que requeiram o uso de equipamento de autoajuda; 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.

A ILPI deve possuir alvará sanitário atualizado expedido pelo órgão sanitário competente, de acordo com o estabelecido na Lei Federal nº 6.437 de 20/08/1977 e comprovar a inscrição de seu programa junto ao Conselho Estadual do Idoso, em conformidade com o Parágrafo único, Art. 48 da Lei nº 10.471/2003. Deve estar legalmente constituída e apresentar: estatuto registrado, registro de entidade social, regimento interno, devem possuir um responsável técnico, que responderá pela instituição junto a autoridade sanitária local, **o responsável técnico deve possuir formação de nível superior.**

A instituição deve atender, dentre outras as seguintes premissas: observar os direitos e garantias aos idosos, inclusive o respeito à liberdade de credo e a liberdade de ir e vir, desde que não exista restrição determinada pelo Plano de Atenção à Saúde; preservar a identidade e privacidade do idoso, assegurando um ambiente de respeito e dignidade; promover ambiência acolhedora; promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência; promover a integração dos idosos, nas atividades desenvolvidas pela comunidade local; favorecer o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações; incentivar e promover a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente; desenvolver atividades que estimulem a autonomia de idosos; promover condições de lazer para os idosos como, atividades físicas, recreativas e culturais; desenvolver atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra pessoas nela residentes.

Embora a Resolução aborde orientações referentes a condições gerais de organização e infraestrutura para ILPI's, para o objetivo deste trabalho serão apenas enfatizadas características referentes a recursos humanos, de saúde e ambientais (Tabela 3).

Com relação a recursos humanos

Cabe ao responsável Técnico da instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos idosos, respeitados os regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e **administração**, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica. Em caso de

intercorrência médica, cabe ao responsável técnico providenciar o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no plano de atenção e comunicar a sua família ou representante legal, devendo a instituição dispor de um serviço de remoção destinado a transportar o paciente, segundo estabelecido no Plano de Atenção à Saúde (Brasil, 2005). Não é caracterizada a formação profissional do Responsável Técnico, que deveria ser necessariamente um profissional da área de saúde (técnico em enfermagem, enfermeira, médico), já que é atribuída a responsabilidade pela administração de medicamentos, prerrogativa dos profissionais de saúde citados. Também não é especificada a formação profissional do “Cuidador de idosos”, que necessariamente demanda uma qualificação apropriada, ocupação descrita na CBO 2002, na categoria ocupacional, sob o número 5162-10 (Ravagni, 2008).

Em relação aos recursos humanos, propõe que a instituição deva realizar atividades de educação permanente na área de **Gerontologia**, com ao objetivo de aprimorar tecnicamente os funcionários na prestação de serviços aos idosos (item 4.6-Recursos humanos da RDC 283/ANVISA/2005). Porque também não de Geriatria, no que concerne a prevenção, tratamento e monitoramento de terapias conduzidas por enfermeiros, técnicos de enfermagem e cuidadores de idosos?

Com relação a Recursos de Saúde, é previsto que a instituição deve elaborar, a cada dois anos, um Plano de Atenção Integral à Saúde dos Residentes, (item 5.2.1-RDC283/ANVISA/2005) em articulação com o gestor local de saúde, contendo as seguintes características: ser compatível com os princípios da universalização, equidade integridade; indicar os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário; prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção; conter informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes, entre outras.

Com relação a recursos ambientais, a Resolução pouco informa sobre necessidades espaciais, seja em relação a área construída total, estruturas de apoio a prestação de serviços, área administrativa, ambulatório, espaço externo, áreas livres de uso comum, estacionamento, jardim, etc.

Tabela 3 – Regulamentações técnicas referentes a recursos humanos e ambientais preconizadas para ILPI's, pela Resolução RDC nº 283/2005 da ANVISA (Brasil, 2005).

Adaptado Seiffert, 2017.

Item	Grau dependência I	Grau dependência II	Grau dependência III
Recursos Humanos Responsável Técnico c/Nível superior: capacitação? 1 Cuidador/20 idosos ou fração: capacitação? 1 Cuidador/10 idosos ou fração: 1 Cuidador/6 idosos ou fração: 1 profissional lazer/nível superior/40 idosos: 1 profissional limpeza/100m2ou fração: 1 profissional alimentação/20 idosos: 1 profissional lavanderia/30 idosos ou fração: Profissional de saúde: a instituição que possuir profissional de saúde vinculado a equipe de trabalho, deve exigir registro no seu Conselho de Classe: Capacitação? Gerontólogo e Geriatra? Recursos ambientais Dormitórios separados por sexo/máximo de 4 pessoas dotados de banheiro.	20h/semana 8h/dia ----- ----- 12h/semana Por turno 2 turnos/8h Diariamente	20h/semana ----- Por turno ----- 12h/semana Por turno 2 turnos/8h Diariamente	20h/semana ----- ----- Por turno 12h/semana Por turno 2 turnos/8h Diariamente

Dormitórios 1 pessoa:	7,50m ²	7,50m ²	7,50m ²
Dormitório 2 a 4 pessoas:	5,5m ² /cama	5,5m ² /cama	5,5m ² /cama
Banheiro, área mínima:	3,60m ²	3,60m ²	3,60m ²
Sala atividades coletivas/15 residentes:	1m ² /pessoa	1m ² /pessoa	1m ² /pessoa
Sala convivência, área mínima:	1,3m ² /pess.	1,3m ² /pess.	1,3m ² /pess.
Sala apoio individual sócio familiar:	9,0m ²	9,0m ²	9,0m ²
Refeitório:	1m ² /usuário	1m ² /usuário	1m ² /usuário
Almoxarifado:	10m ²	10m ²	10m ²
Vestiário c/banheiro p/10 funcionários:	3,6m ²	3,6m ²	3,6m ²
Área construída predial e área espaço externo?			

Considerando que a Gerontologia é a ciência que se ocupa com a descrição, o esclarecimento e a modificação de aspectos corporais, psíquicos, sociais, históricos e culturais do envelhecimento, incluindo a análise de condições relevantes que compõe o ambiente e suas interações sociais, (Wahl et al, 2012). Considerando que o profissional de Gerontologia é o profissional que atua na gestão de serviços (clínicos, recreativos, institucionais) e políticas, estando habilitado a produzir saberes relacionados ao bem-estar de pessoas idosas, das famílias e da sociedade em envelhecimento (Batistoni, 2014), é questionável o fato de não estar incluído no conjunto de profissionais de RH que atuam em comunidades residenciais de idosos.

É possível também perceber, que a elaboração das normas existentes poderia ser aperfeiçoada, em termos quantitativos e qualitativos, incluindo-se os conhecimentos detidos por profissionais da Gerontologia e da Geriatria.

3-A pesquisa do IPARDES: ILPI's, características e condições de atendimento

Com o aumento da participação dos idosos na população total, em conjunto com a redução do tamanho das famílias e com a participação cada vez maior da mulher no mercado de trabalho, surgem novas questões para os gestores de políticas públicas, entre as quais destaca-se uma crescente demanda por instituições especializadas no atendimento de longa permanência ao idoso (ILPI's). Atualmente, este atendimento é realizado por entidades com características diferenciadas: religiosas, públicas, privadas, com ou sem fins lucrativos, com ou sem apoio de recursos públicos, levando a um resultado variado no tipo de instituição e na modalidade e qualidade de atendimento. É verificado também, que existem poucos dados disponíveis para subsidiar a gestão de políticas públicas direcionadas ao envelhecimento, tanto no que se refere as características destas entidades, como sobre sua efetividade para assumir a prestação de serviços de cuidados a uma população crescente de idosos.

No interesse de caracterizar as condições de funcionamento de ILPI's no Estado do Paraná, O Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES) efetuou uma pesquisa direcionada a levantar condições físicas e da estrutura predial, condições de funcionamento e financeiras, as dificuldades que enfrentam, sua integração e articulação com outros setores da comunidade e os serviços e atividades que oferecem aos internos. Buscou também traçar um perfil dos internos e profissionais que atuam nas instituições, identificando suas necessidades e percepções (IPARDES, 2008).

Considerando a contagem populacional do IBGE 2007 no Paraná, os internos com mais de 60 anos que vivem nas instituições pesquisadas representam 0,5% da população nesta faixa etária, mas que se encontra em acentuada evolução, dados os baixos níveis de renda e ampliação das demandas por atendimento público. **Esta constatação sugere a necessidade de se desenvolver modelos otimizados de instituições de longa permanência para a população idosa de baixa renda.**

A pesquisa foi realizada em um universo total de 229 estabelecimentos, usando-se um conjunto de 423 questionários aplicados e idosos internos e 405 respondidos por profissionais, cujos resultados estão restritos ao grupo de estabelecimentos pesquisados, embora seja considerado nesta revisão de literatura, como uma amostra da situação em que se encontram as instituições de longa permanência do Brasil. A pesquisa realizada permite estabelecer um comparativo entre a realidade e as prescrições do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.341/2003), da Resolução da Anvisa (Resolução nº283/2005/RDC/ANVISA), que regulamentam o funcionamento das ILPI's no país, e da Portaria SEAS nº 73, 10/05/2001, do Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Estado da Assistência Social– Normas de funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil, item 9- Atendimento Integral Institucional.

Entre os dados levantados, são destacadas algumas características consideradas relevantes para a presente análise:

1-Grande diversidade entre as estruturas institucionais das ILPI's e serviços prestados.

As restrições de recursos financeiros e humanos existentes na maioria das instituições limitam o serviço de prestação de cuidados a um mínimo. Serviços ampliados, que possam elevar a qualidade de vida como terapia ocupacional, fisioterapia, serviços especializados de saúde, entre outros, somente são ofertados em poucas unidades, quando a clientela de internos dispõe de maiores recursos financeiros. Foi constatado também, que a estrutura predial de muitos estabelecimentos é inadequada para a acomodação dos internos e muitas deles necessitam melhorias e serviços de manutenção.

Instituições ligadas a comunidades religiosas, ou a segmentos específicos, apresentam um padrão de atendimento mais diversificado, mostrando maior envolvimento com a comunidade em que estão inseridas e uma capacidade administrativa mais desenvolvida.

2-Fonte de financiamento.

A principal fonte de receita das ILPI's é o valor recebido dos internos. Nestas condições, o nível de renda dos idosos internos passa a ser o principal determinante do padrão de qualidade dos serviços prestados pelas instituições e, conforme revelado pela pesquisa entre os idosos internos, estes, em sua maioria recebem um salário mínimo de rendimento médio mensal. Pode ser verificado que, muitas vezes o despreparo profissional dos responsáveis pelas ILPI's, poderia representar o fator restritivo de acesso a recursos e benefícios previstos na legislação para estas instituições. Foi verificada condições de precariedade de registros contábeis, irregularidades de âmbito funcional. A maioria das instituições não apresentavam reservas financeiras para cobrir gastos extras, como ações trabalhistas, multas aplicadas pela fiscalização, que poderiam inviabilizar a continuidade da prestação de cuidados, colocando em risco a manutenção dos idosos residentes.

3-Recursos Humanos.

O principal item que contribui para as despesas está representado pelos recursos humanos, seguidos por alimentação e manutenção residencial. A manutenção de pessoal qualificado é restringida pela fragilidade dos recursos financeiros, cujos salários são pouco competitivos e não atraem pessoas com maior capacitação. A limitação de recursos também impede que a instituição disponibilize oportunidades de capacitação aos funcionários, e mesmo na obtenção de equipamentos para modernização da estrutura de serviços.

Na prestação de serviços de cuidados, o perfil mais frequente dos profissionais que atuam é na função de cuidador de idosos, serviços gerais, cozinheiros, faxineiros e auxiliares de enfermagem, que buscam assegurar os cuidados básicos aos residentes, ligados a higiene pessoal, alimentação, e manutenção residencial. Com menor frequência foram encontrados

profissionais especializados como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, enfermeiros, entre outros.

Entre os 405 funcionários entrevistados predominaram mulheres, de um modo geral com escolaridade de nível fundamental ou médio, destacando-se as funções de cuidador de idosos, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem. Destes um terço declarou ter participado de cursos de capacitação para atuação como cuidador de idosos. **Foi verificado também que em grande parte das instituições, estas contratam funcionários para serviços gerais que acabam por desempenhar a função de cuidador de idosos, sem ter se submetido a uma qualificação prévia.**

4-Gestão institucional.

A pesquisa indicou a ocorrência de diretores de ILPI com baixa escolaridade. 23% possuíam nível inferior ao Ensino Médio e 10% não haviam concluído o Ensino Fundamental. Foram encontrados 33% de gestores que dispunham de Ensino Superior completo, e poucos com Cursos de Especialização, Mestrado ou Doutorado.

A administração de uma ILPI é uma tarefa complexa e que objetiva assegurar um padrão adequado da estrutura física e humana na prestação de serviços de cuidados a idosos, conforme regulamentação da Resolução nº283/2005/RDC/ANVISA, bem como da Portaria nº 73/01 do SEAS do MPAS e do disposto no Estatuto do Idoso.

5-Características dos internos.

Os motivos mais frequentes para o ingresso de idosos em uma ILPI são: não possuir mais familiares, não dispor de um cuidador familiar, ou estar afetado por doenças que restringem a sua autonomia. Os idosos são encaminhados para a instituição por familiares, pela assistência social ou por amigos ou vizinhos. Cerca de 43% estão institucionalizados há mais de 5 anos e 40% entre 1 e 5 anos, revelando que a permanência na instituição tende a ser prolongada, podendo estender-se até o final da sua vida.

De um modo geral, os internos apresentavam baixa escolaridade. Embora tenha frequentado a escola, apenas 14% evoluíram para além do Ensino Fundamental e 4% detinham Ensino Superior. A maior parte detinha como ocupação o trabalho na agropecuária, atuava na prestação de serviços, eram professores, ou ainda, estiveram vinculados ao comércio. Grande parte dos idosos que se internaram, não mantinham mais vínculos familiares antes de sua internação e desconheciam se possuíam parentes vivos. A maioria declarou ter religião, predominando os católicos, seguido por evangélicos, e participam de atos ou cultos religiosos na própria instituição.

6-Fontes de recursos dos internos

Pouco mais de 80% dos residentes declarou possuir renda e, destes 74% informam dispor de rendimento médio mensal de até um salário mínimo, sendo a fonte predominante, a aposentadoria (por idade, tempo de serviço ou doença), seguida por pensões, as quais são majoritariamente recebidas por mulheres. De um modo geral estes recursos são repassados parcial ou integralmente para a instituição, caracterizando que a principal fonte de receita de custeio das ILPI's é suprida pelos internos.

7-Faixa etária dos internos.

A inclusão de internos com faixa etária inferior a 60 anos nas ILPI's (18% do total) causa dificuldades adicionais, por tratar-se de pessoas com transtornos mentais, dependentes de álcool e mesmo pessoas portadoras de necessidades especiais (pessoas que apresentam diferenças significativas físicas, sensoriais ou intelectuais decorrentes de fatores inatos ou adquiridos, de caráter permanente), que acarreta dificuldades em sua interação com o meio físico e social (autismo, doenças crônicas, perda visual ou auditiva, deficiência intelectual, doença mental ou motora). Como requerem tratamento especializado, e por falta de outras

estruturas voltadas a este atendimento, acabam sendo encaminhadas para as ILPI's, o que desvirtua sua finalidade, **a qual, não dispõe de pessoal qualificado para atendimento das necessidades de tratamento causada por estas patologias.**

8-Serviços de saúde.

Para a prestação de serviços de saúde as instituições recorrem à rede pública (SUS) através das unidades de saúde e SAMU, seguidos por serviços prestados pela própria instituição. Mesmo dispondo de pessoal próprio para prestação de serviços de saúde, ou residentes que detém planos de saúde, a instituição recorre também ao sistema público de saúde na obtenção de vacinas, medicamentos e transporte.

9-Atividades proporcionadas aos internos.

Embora haja disponibilização de atividades de lazer e exercícios físicos, a maioria dos idosos demonstra pouco engajamento.

10-Melhorias demandadas pelos residentes.

Entre os idosos pesquisados a maioria não sugeriu a necessidade de melhorias, embora tenha havido menções sobre melhora nas instalações físicas prediais, no atendimento pela equipe de funcionários, na alimentação, nas atividades oferecidas e no relacionamento entre idosos. As respostas ficaram condicionadas ao temor de expor demandas, seja por desalento quanto à possibilidade da sua concretização, ou por perder a proteção que a instituição oferece. Para os residentes, que anteriormente viviam precariamente ou sozinhos, o acesso a instituição representou uma melhoria concreta em sua condição de vida, em termos de abrigo, alimentação e vestuário.

11-Apoio de familiares.

O levantamento indicou a necessidade de maior participação dos familiares no apoio emocional aos residentes, destacando-se o abandono e o baixo número de visitas aos internos. Este comportamento contribui para seu isolamento social, o desencadeamento de sintomas de depressão, estresse, o que acentua a evolução do seu declínio psíquico e corporal. Uma maior integração das famílias no cotidiano dos internos seria também desejável para que possam ser cumpridos os direitos assegurados pela legislação aos idosos residentes.

12-O papel dos órgãos que atuam no Sistema de Cuidados a Idosos

O levantamento das condições existentes nas ILPI's, concluiu pela necessidade do desenho de **políticas públicas específicas, voltadas à melhoria do atendimento aos idosos institucionalizados.** A necessidade de uma melhor articulação entre os setores públicos que atuam na Política Nacional, Estadual e Municipal do Idoso, **na maior qualificação e orientação dos profissionais que atuam nos quadros técnicos das instituições** de longa permanência, bem como no acompanhamento efetivo das instituições pelos órgãos de fiscalização. Destaca também que é desejável que os profissionais que atuam nas ILPI's disponham de uma rede de apoio que disponibilize respaldo ao seu trabalho.

13-A situação das ILPI's avaliadas, em comparação com as recomendações e dispositivos do Estatuto do Idoso, da ANVISA, do MPAS, indica um distanciamento entre o atendimento preconizado pela legislação e a capacidade real das instituições para a prestação de serviços de cuidados a idosos internados.

http://www.ipardes.gov.br/biblioteca/doc.inst_long_perm_idosos.pdf

4-Considerações socioeconômicas

Considerações de custo benefício conduzem necessariamente a reflexões socioeconômicas, que se situam na base da questão habitacional de comunidades para pessoas idosas. Em relação ao financiamento, quando são comparados os sistemas de comunidades residenciais com os asilos, os estudos questionam aspectos que enfatizam

cálculos sobre as condições de moradia, a capacidade financeira de residentes, a qualidade da prestação de serviços de cuidados. É frequente ficar evidenciado, considerando condições sociais relativas, que há elevação dos custos, mas é alcançado uma melhor forma de prover qualidade de cuidados, prover uma melhor qualidade de vida, quando são adotados projetos alternativos de moradias em comunidades residenciais especializadas, quando comparados ao nível obtido em asilos, sejam públicos ou privados.

A otimização do custo benefício, busca alcançar um objetivo ótimo dentro da eficiência econômica, que significa, ou obter, dentro de determinado input, o máximo de output, ou ainda para determinado output, a minimização do input. E isto, dentro da disponibilidade econômica e sob influência de condições de escassez de recursos, o que também implica necessariamente, na possibilidade, ou não, de oferecer níveis adequados de qualidade de serviços de cuidados. Deve ser ressaltada a necessidade da otimização da gestão institucional do sistema para obter eficiência e qualidade de resultados, particularmente em condições de recursos escassos.

Segundo Schulz-Nieswandt et al (2012), as pesquisas indicam também que devemos nos despedir da ilusão, de que, através de estruturas modificadas no campo do serviço social de moradias, seja possível resolver todas as questões ligadas a economia de custos e elevação da qualidade dos serviços. É mais realístico considerar, que para uma determinada base de custos, seja possível alcançar melhores resultados qualitativos, e que mantendo este foco, já seja possível alcançar avanços significativos. **A pesquisa sugere que, as formas alternativas de moradia para a crescente população de idosos (moradia individual, instituições especializadas), sejam mais eficientes, do ponto de vista custo benefício, que o formato de asilos.** Quando não é claramente caracterizada a melhor forma do sistema de moradia, isto pode levar ao desenvolvimento de uma estratégia insuficiente (ética e de melhor política), que precisa ser colocada no espectro de escolhas, o que não tem sido abordada na política brasileira e seus contextos legais.

Na perspectiva da iniciativa pública e privada, deve ser colocado em evidência, que é dominante a acentuação de aspectos econômicos na configuração das ILPI's existentes, embora os modelos residenciais estejam frequentemente organizados em formas desatualizadas e antigas. Predomina também, quando há boas condições de recursos, a visão de assegurar instalações de hotelaria para satisfação dos internos, ao qual são incorporados também recursos de hospitalização, como parte da infraestrutura.

5-Aspectos conceituais para comunidades residenciais assistidas para idosos

Levando em consideração o conhecimento acumulado pela Gerontologia Ambiental e Gerontologia Aplicada (Scheidt & Schwarz, 2013; Wahl et al, 2012), um conceito otimizado e humanizado para uma comunidade residencial assistida para idosos, na qual enquadram-se instituições de longa permanência (ILPI), que atuam no apoio e prestação de serviços de cuidados sociais e de saúde a pessoas idosas, poderiam ser assumidos alguns pressupostos básicos. São consideradas como sugestões:

1-Quanto a um conceito humanizado de comunidade residencial para idosos:

No centro da concepção situa-se o propósito humano da configuração de suporte de uma vida cotidiana familiar normal e levar em consideração a biografia individual dos internos para a estruturação dos espaços individuais de vivência. O dia a dia, e a condução da vida cotidiana, seria orientado pelas aspirações, necessidades e recursos dos moradores. É essencial uma abordagem psicológica centrada em cuidados direcionados à Saúde Emocional e intervenções através da Psicoterapia.

A mudança de uma pessoa idosa para uma instituição, significa a perda de sua autonomia, sua independência, e um sentido forte de perdas. O abandono de sua casa, onde mantinha suas referências pessoais, ligadas a seus pertences e ao seu histórico de vida, e o ingresso em uma comunidade estranha, na qual perde sua individualidade e passa a depender de terceiros para condução do seu dia a dia, é um fator marcante de desumanização. Assistência psicológica nesta fase de transição, é de grande relevância para restaurar a saúde emocional do interno, e para sua adaptação ao convívio coletivo na condição da comunidade residencial.

O conceito de morar em uma comunidade residencial busca atingir objetivos como: a pessoa idosa deve sentir, no maior grau possível, como se estivesse em casa e também assim se comportar; dentro do possível, deverão ser usados os recursos individuais do morador para sua atividade diária; cada morador participa em atividades comunitárias de acordo com sua capacidade de condução das tarefas do dia a dia; através da estrutura espacial interligada e de fácil acesso do conjunto construído, existe uma atmosfera de confiança; familiares, responsáveis e amigos são integrados de forma relativamente intensiva no dia a dia do interno.

2-Quanto à saúde emocional do residente

De acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde) a saúde emocional é um estado de bem-estar onde o indivíduo realiza suas próprias habilidades, lida com os fatores estressantes normais da vida, trabalha produtivamente e é capaz de contribuir com a sociedade.

O cérebro é o centro do controle do movimento, da fome, do sono, da sede e de quase todas as atividades vitais necessárias à sobrevivência. Todas as emoções, como o amor, o ódio, o medo, a ira, a alegria e a tristeza, também são controladas pelo cérebro. Ele está encarregado ainda de receber e interpretar os inúmeros sinais enviados pelo organismo e pelo exterior. O envelhecimento satisfatório não é apenas uma necessidade humana, mas depende da forma como os indivíduos conduzem o processo de envelhecimento. Em princípio, medidas de auto-gestão contribuem para o quadro individual de saúde corporal e psíquica ao longo de toda a vida, mas em geral, as pessoas apenas efetuam controles preventivos ou tratamento, quando afetados por algum problema específico.

Pessoas idosas, são por regra geral, atingidas por perdas de recursos, sejam financeiros, sociais ou em diversos campos da saúde funcional física ou psíquica. Neste aspecto é importante a pessoa considerar necessária uma abordagem ampla de autogestão, direcionada a manutenção de suas aptidões gerais, funcionalidades orgânicas e psíquicas e adoção de medidas que contribuam para o seu bem-estar, inclusive o bem-estar emocional. No entanto, este tipo de intervenção, previsto pela Gerontologia Aplicada, é ainda pouco comum, e é possível propor programas que incorporem aspectos gerais de auto-gestão e Psicoterapia direcionados a manutenção da saúde, autonomia e do bem-estar psíquico e emocional. Este tipo de intervenção gerontológica é particularmente valiosa para o indivíduo que sai de sua moradia e passa a residir em uma comunidade residencial assistida para idosos (Steверink, 2012).

3-Quanto ao objetivo da instituição:

Instituições de longa permanência deveriam ser unidades residenciais coletivas, que deveriam ser organizadas e estruturadas em torno de funções específicas, distinguindo-se, portanto do conceito histórico de asilo (abrigo para um conjunto de pessoas com problemas de perdas funcionais graves, pessoas com deficiências psíquicas e somáticas e pessoas idosas dependentes). Seriam unidades direcionadas e dimensionadas para atender demandas, como por exemplo: condomínios residenciais para idosos que ainda detêm autonomia, mas

assistidas por serviços de saúde; comunidades residenciais para idosos afetados por doenças somáticas, crônicas degenerativas; comunidades residenciais para pessoas afetadas por perdas cognitivas e demência.

A orientação, segundo o objetivo dos serviços prestados pela entidade, possibilita as seguintes vantagens: um melhor dimensionamento da população residente capaz de ser tendida com qualidade; o dimensionamento adequado das habitações individuais ou coletivas; a formação apropriada da equipe de recursos humanos prestadora de serviços de cuidados; a definição dos serviços e equipamentos necessários; a especificidade dos recursos médicos e de saúde que serão demandados. A limitação da população de residentes é fundamental para que se possa alcançar um padrão de atendimento individualizado, fugindo-se, da situação de superpopulação asilar.

4-Quanto a Recursos humanos:

Nas boas práticas de gestão de qualquer organização está previsto que sejam efetuadas reuniões frequentes com a equipe de colaboradores, para a realização de avaliação da eficácia dos serviços prestados, dos pontos fortes e fracos que precisam ser revistos e, se necessário, corrigidos e reforçados. É uma oportunidade, na qual os diferentes atores da equipe podem manifestar problemas de desempenho, problemas da estrutura e dos recursos disponibilizados para seu trabalho, sobre sua carga de atribuições e responsabilidades, seu relacionamento com os demais membros da equipe. Possibilita também levantar problemas sobre a evolução do quadro clínico e comportamento dos internos e medidas de terapia a serem reavaliadas.

De grande relevância é a avaliação contínua do desempenho individual das pessoas da equipe, e se as atribuições estão dentro de sua capacitação funcional, ou se há necessidade de desenvolver ações de capacitação continuada em serviço. Esta atenção individual ao colaborador, é fundamental para restaurar sua autoconfiança e evitar situação de “burnout”, decorrentes do excesso de carga horária, baixa organização hierárquica, funcional, e material disponível na instituição. A boa saúde psíquica e corporal dos membros da equipe é de grande relevância para a qualidade dos serviços prestados aos internos, e irá assegurar um quadro funcional estável na instituição.

5-Quanto à localização e área do terreno:

As exigências de qualidade do ambiente da região para instalação da instituição são descritas como: local tranquilo, calmo, sossegado; não deve estar situada próximo a vias de tráfego intenso; não deve estar muito afastada do centro urbano de serviços; precisa dispor de boa ligação com o sistema de transporte público para facilitar acesso a visitas e familiares.

A planta de ocupação espacial do terreno pode assumir variantes: os espaços ocupados pelos blocos de moradia agrupam-se em torno de um pátio interno, que comporta um caminho que circunda uma área livre central, que proporciona aos internos a possibilidade de deslocar-se em caminhadas de exercícios e passeios de lazer; o agrupamento das estruturas residenciais obedece um critério, de forma que, a edificação de uso coletivo, situe-se em um dos extremos do caminho central de circulação livre.

6-Quanto a edificações prediais:

A planta arquitetônica da instituição pode estar formada por um ou mais blocos de edificações ou casas multifamiliares. Cada bloco habitacional ou andar do edifício, poderia ser capaz de acolher dois grupos de residentes. O tamanho de cada grupo seria composto por 12 a 14 pessoas por andar de um prédio/casas multifamiliares, e no máximo 28 internos por bloco de dois pisos. Este número poderá também estar influenciado por razões econômicas.

Habitações privadas podem ser de um ou dois quartos. Podem ser considerados quartos individuais com 22m² sendo a sala/quarto 16m² e banheiro 4,5m². Quarto duplo com

28m², sendo a sala/quarto 23m², banho 4,5m². Estes espaços privados, por razões de segurança não deveriam incorporar varandas. As janelas devem ser dimensionadas de forma a penetração de muita luz diurna. O enxoval e equipamentos do espaço residencial deve ser, preferentemente, de escolha do interno.

Ao lado de blocos construídos para moradia de internos, a área construída da unidade deveria comportar outras construções que possam abrigar estruturas de apoio, alojamento de pessoal de serviços, bem como, espaço de uso comunitário e de lazer. Deverá estar disponível junto a este bloco, uma área construída para acomodação de instalações de atendimento ambulatorial e cuidados terapêuticos.

O provimento dos recursos para serviços administrativos e de manutenção do conjunto estaria centralizado em um bloco construído próprio, que abrigaria também acomodações para a força de trabalho que presta serviços de cuidados, saúde, e manutenção das moradias individuais. O bloco construído para acomodar o pessoal que atua na manutenção e prestação de serviços dos residentes deve estar situado próximo dos blocos de unidades habitacionais dos moradores. Com isto é propiciado segurança aos internos, o que significa ter nas proximidades, sempre que necessário um acompanhante.

7-Quanto ao espaço de convívio e uso coletivo:

O espaço coletivo é o ponto central onde ocorre a interação entre os residentes. Neste local está disponível um espaço construído onde está instalada uma cozinha/dispensa coletiva, e são tomadas refeições em comum. Incorpora adicionalmente uma área de varanda protegida por cobertura e dotada assentos. A varanda em combinação com cadeiras ou bancos oferece a vantagem de se estar ao ar livre, protegido da chuva e do excesso de radiação solar. Por sua funcionalidade em relação ao bem-estar, e demanda pelos internos e visitantes, esta área deveria apresentar dimensões generosas. O acesso e circulação na área de convívio é livre, mas supervisionada pelo pessoal de apoio e serviços de acompanhamento.

8-Quanto aos serviços de saúde:

Dependendo da condição de saúde e evolução de patologias individuais dos internos, é possível que a instituição demande serviços especializados, que poderão ser agregados aos recursos humanos de serviços de cuidados e de saúde internos já existentes, ou prestados por pessoal profissional itinerante, através de visitas periódicas de monitoramento e aconselhamento, ou por acesso ao SUS.

A intervenção gerontológica na esfera do indivíduo parte do princípio de que existe um diagnóstico geriátrico que caracteriza o estado físico e psíquico do idoso. O Diagnóstico Geriátrico pode ser descrito como a “medicina multifuncional, psicológica e de análise”, com o objetivo de se estabelecer um plano de longo prazo para o tratamento e cuidados do indivíduo idoso. Em um diagnóstico padronizado, aspectos cognitivos, status emocional, mobilidade, funções orgânicas, autossuficiência na condução do dia a dia e aspectos ambientais do entorno do indivíduo são sistematicamente caracterizados e incorporados aos cuidados e tratamento de idosos. Para diferentes Intervenções (prevenção, tratamento de doenças, reabilitação, tratamento de longa duração) é previsível que estas ações interagem na manutenção da funcionalidade, autossuficiência e redução de tratamento e internação em hospitais.

Além de que, cada residente seja submetido a um diagnóstico geriátrico quando de sua internação, seria recomendável um acompanhamento geriátrico, com frequência adequada, da evolução de sua condição de saúde ou patologia existente, com vista a uma terapia individualizada. Acompanhamento geriátrico é de grande relevância para que um Plano Anual de Saúde Individualizado, possa ser conduzido com efetividade. Isto é evidenciado, porque há uma tendência de uso exagerado de medicamentos pelos idosos, que frequentemente são danosos por efeitos colaterais ou interações com outras medicações, ou não tem efeito positivo algum sobre a saúde do interno (Tourbe, 2015).

9-Quanto a cozinha, refeitório coletivo, limpeza e manejo resíduos.

As instalações de cozinha e dispensa podem atender diversos conceitos e funções: cozinha individual, situada junto ao espaço residencial de cada interno em seu bloco de moradia; cozinha coletiva, que prepara as refeições, serve os alimentos em refeitório coletivo ou distribui as refeições nos aposentos privativos dos internos e recolhe vasilhames que são lavados nas instalações da cozinha coletiva. Ambas alternativas levam em consideração características nutricionais de elaboração dos alimentos, orientadas por um nutricionista, em função das necessidades dos internos. Pode também ser suprido através da contratação de serviços externos que fornecem refeições a empresas e instituições. As instalações e facilidades para preparo, cocção, higienização e armazenagem de alimentos são agregados conforme a demanda, e inclui uma área de dispensa para estoque de mantimentos.

O preparo de alimentos na unidade residencial individual é uma modalidade que tem aceitação crescente, de forma que o morador e seu acompanhante ou familiar, possam se envolver em sua elaboração, o que contribui como pedagogia ocupacional e qualidade nutricional individualizada. Neste caso a moradia individual precisa ser adaptada à acomodação de uma pequena área de cozinha e higienização.

Uma área construída comum destinada a manutenção e limpeza de roupas e manejo de resíduos pode incorporar um anexo ao bloco destinado a cozinha e refeitório, precisa estar dimensionado para incorporar diversas máquinas de lavar e secagem industriais, e a área construída é estruturada conforme a demanda. A localização de containers para processamento e acondicionamento de resíduos deve ser posicionada de forma a favorecer seu recolhimento pelo serviço público de coleta.

10-Quanto ao significado do uso do espaço livre e jardim:

A importância de acesso a espaços abertos, situa-se em que, pessoas com perdas somáticas e cognitivas, e que não estejam imobilizadas por doenças degenerativas em seu espaço privado, pelo menos uma vez por dia, tenham acesso a uma atividade social com os demais residentes, possam tomar para si uma refeição em ambiente coletivo e utilizem o espaço aberto para ter acesso à luz do sol e usufruir ar fresco. O acesso ao espaço social deve ser chamativo e seguro, com possibilidade de interligação com um local, como a varanda do bloco de convívio, onde é possível tomar café, ou um quiosque dotado com mesas e cadeiras que podem ser localizadas no espaço livre. O espaço coletivo atende à necessidade de aproximar as pessoas em ocasiões como aniversários, festas de natal, ano novo, etc.

Na prática é observado que a natureza tem um efeito de acalmar e de descontração sobre as pessoas com restrições funcionais. O efeito positivo do jardim e dos espaços livres, é que passam a ser demandados com frequência e levam a redução do consumo de medicamentos e antidepressivos. Atividades corporais ajustadas às condições físicas dos pacientes, deveriam ser mantidas no dia a dia de pessoas que ainda detém alguma autonomia e mobilidade, por sua influência positiva sobre as condições corporais e psicológicas individuais.

11-Quanto a detalhes de acabamento das edificações:

Nas instituições de longa permanência são reclamadas exigências elevadas nos acabamentos das unidades habitacionais, influenciando a escolha dos materiais usados nas paredes, pisos, iluminação, cores, tendo em vista aspectos de segurança e bem-estar dos internos. Paredes lisas e tetos de fácil limpeza, e em espaços maiores, aspectos acústicos devem ser considerados para redução de ruídos, que interferem na tranquilidade dos moradores. Para superfície de pisos estão disponíveis diferentes alternativas e a escolha deverá obedecer a critérios de segurança contra quedas e conforto. No banheiro particularmente devem ser observados aspectos de deslizamento e preferência por cerâmica

rugosa. A superfície das paredes deve estar revestida com azulejos ou tintas própria a prova de água.

A soleira das janelas deveria situar-se a 60cm do piso, possibilitando a vista exterior de uma posição sentada, e precisam estar dotadas de venezianas para proteção e escurecimento ambiental. A porta de acesso ao espaço da moradia, bem como as portas internas devem estar construídas com uma largura de 90 a 100 cm para favorecer a passagem de cadeira de rodas, o que também influencia a largura dos corredores que exigem maior espaço de circulação. A porta de acesso ao banheiro deve ser do tipo de correr para maior aproveitamento do espaço interno.

O significado da luz diurna sobre a saúde do ambiente residencial, no qual as pessoas passam a maior parte do tempo precisa ser enfatizada. Diferentes cores oferecem distintas atmosferas e atuam sobre o bem-estar individual. Ditam nosso ciclo circadiano, e exercem forte influência na definição de atividades diárias e de saúde. Pessoas idosas são particularmente afetadas pelo cegamento causado por luz excessiva e a disposição de focos de iluminação ambiental precisa ser planejada para não se tornar fator de risco de quedas e causar desconforto visual. Na faixa de ondas do espectro luminoso, ondas curtas, luz fria e branca durante a manhã atua na ativação, enquanto que luz de onda longa vermelha na parte noturna conduz a um comportamento calmo. Em pessoas afetadas por patologias demenciais a baixa iluminação pode causar comportamento depressivo e estar ligado a funcionalidade cognitiva. Novas lâmpadas desenvolvidas com supressão da faixa de onda azul do espectro luminoso favorecem a produção de melatonina e com isto o sono. Sistemas inteligentes de iluminação podem suplementar o ciclo diário, dando suporte a necessidade de faixas de onda nos diferentes espectros (Marx, 2012).

12-Quanto às perspectivas:

As avaliações existentes possibilitam prever que as unidades de prestação de serviços de cuidados a idosos, baseadas em conceitos de comunidades residenciais menores, venha a se impor no mercado de instituições de longa permanência. Estas unidades residenciais podem interagir na forma de redes com outras formas habitacionais e de cuidados, como residências particulares assistidas, condomínios residenciais, serviços profissionais itinerantes diurnos e noturnos. Suas estruturas arquitetônicas deverão evoluir, de acordo com a complexidade de serviços e custos operacionais (Marx, 2012).

6-Conclusões e recomendações

Pela revisão realizada, pode-se afirmar que a Política Nacional, Estadual e Municipal do Idoso e o Estatuto do Idoso precisam tornar-se melhor assimilados pela sociedade, uma vez que as ações previstas para sua implementação, não se materializou ainda na realidade existente e não condiz com seus postulados. Há ainda uma baixa compreensão pública, do que é, e de como deve funcionar um Sistema de Cuidados a Idosos efetivo que precisa ser disponibilizado pelas instituições públicas e privadas. Isto significa que há a necessidade urgente de ser proposta uma reconceituação na estrutura e funcionamento do sistema de prestação de serviços de cuidados às pessoas que atingem a fase de envelhecimento no Brasil. Isto deveria ser considerado, tanto para entidades públicas como privadas, mas particularmente para instituições públicas, que deverão, forçosamente, crescer em número e irão abrigar um contingente crescente de pessoas com recursos financeiros escassos.

Fica também evidenciado que existem contradições entre as diferentes orientações disponíveis nas regulamentações legais relacionadas a Instituições de Longa Permanência para Idosos. Isto sugere que devam ser reconceituadas e propostos modelos padronizados mínimos

que incluam considerações de ordem humanitária e conhecimentos disponíveis da Gerontologia e Geriatria.

É sugerida uma nova estratégia para a abordagem da estrutura habitacional destinada a abrigar pessoas na fase de envelhecimento. Estará focada em primeiro lugar, na maior adequação da moradia individual para idosos, para que possa ser ampliado o tempo de envelhecimento em sua residência. Em segundo lugar, passa por investimentos em comunidades residenciais para idosos que ainda detém um bom nível de autonomia na condução de tarefas diárias e deseja ampliar o seu convívio social. Em terceiro lugar, investimentos em Instituições de Longa Permanência especializadas, destinadas a moradia e abrigo de pessoas idosas, de forma distinta, seja em relação a doenças degenerativas corporais, ou específicas para pessoas afetadas por perdas cognitivas graves.

Esta estratégia, além de introduzir uma alternativa voltada para ampliar o bem-estar das pessoas que envelhecem, tem a virtude de prolongar o tempo de usufruto do conforto residencial da pessoa que envelhece em sua casa, antes que uma internação em ILPI's seja inadiável. Como o custo de implantação e manutenção de ILPI's, sejam públicas ou privadas, é elevado, e o contingente da população que atinge a fase de envelhecimento irá se incrementar acentuadamente, é de se prever que a sociedade não poderá financiar um número elevado de Instituições de Longa Permanência. Manter condições e serviços de apoio adequados a retenção de idosos em suas casas, ou em comunidades residenciais assistidas, será necessariamente a melhor forma de tratar uma política habitacional para o envelhecimento.

O trabalho de revisão realizado conclui que, é necessário chamar a atenção para a afirmação dos autores Schulz-Nieswandt et al (2012), *“as pesquisas sugerem que, deveria ser alterado o script cultural, pelo qual os atores públicos e privados atuais deveriam compreender melhor o problema da mudança demográfica, que está associada a uma mudança epidemiológica, ou a sociedade perderá a oportunidade cultural de assumir sua obrigação de conduzir o processo de envelhecimento”*.

7-Fontes de consulta

ABNT, Associação Brasileira de Normas Técnicas. ABNT-NBR 9050/2004 – Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.
<http://www.pessoascomdeficiencia.gov.br/app/sites/d>

BATISTONI, S, S, T. Gerontologia Ambiental: panorama de suas contribuições para a atuação do Gerontólogo. Revista Brasileira de Geriatria, 2014; 17 (3)

BERZINS, M. ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos, envelhecer com dignidade: um direito humano. Portal do Envelhecimento. Disponível em:
<http://www.portaldoenvelhecimento.com/acervo/pforum.ilpis.htm>. Acesso 16/04/17.

BORN, Tomiko. O cuidador familiar da pessoa idosa. In: Born, T. Cuidar Melhor e Evitar a Violência – Manual do Cuidador da Pessoa Idosa/ Tomiko Born organizadora - Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.

BRASIL. Portaria nº 73/2001 - Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idosos no Brasil, 9 –Atendimento Integral Institucional. Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Estado de Assistência Social – Secretaria de Políticas de Assistência Social,

Departamento de Desenvolvimento da Política de Assistência Social – Gerencia de Atenção à Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, 2001. <http://www.idoso.mpppr.mp.br>

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Diário Oficial da União: Brasília, 7 set. 2005

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Dez anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso: repertórios e implicações de um processo democrático / Ministério da Justiça, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Neusa Pivato Muller, Adriana Parada (Orgs.) Brasília, 2013

CAMARANO Ana Amélia. Cuidados de longa duração para população idosa. In: Sinais Sociais/ Serviço Social do Comércio, Departamento Nacional, vol.3, n.7, (maio/agosto, Rio de Janeiro, 2008, p 15 – 37

CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO/SC. IV Conferência dos Direitos da Pessoa Idosa – 2015, Florianópolis, CEI, 2015

COSTA, V. Em debate, Instituições de Longa Permanência para Idosos. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.com/moradias/item/3267-em-debate-instituicoes-> Acesso em 16/04/2017

DURRETT, C. The Sênior Cohousing Handbook, Gabriola Island, Canada, New Society Publishers, 2009

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Instituições de Longa Permanência para Idosos: caracterização e condições de atendimento. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – Curitiba: IPADES, 2008. http://www.ipardes.gov.br/biblioteca/doc.instit_longa

KREMER-PREIS, U. Aktuelle und zukunftssträchtige Wohnformen für das Alter. In: Wahl, H, W, Tesch-Römer & Ziegelmann, J, P. Angewandte Gerontologie, Stuttgart, Kohlhammer, 2012, p 554-561

MARX,L. Bauliche Gestaltung in Alten- und Pflegeheim. In: : Wahl, H, W, Tesch-Römer & Ziegelmann, J, P. Angewandte Gerontologie, Stuttgart, Kohlhammer, 2012, p 562-568

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989. Aprova normas e padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1989/prt0810_22_09_1989.html

MUNHOZ, Clari Marlei Daltrozo, Ravagni, Leda Almada Cruz da, Maria Luciana C. de B. Leite. Como a família ajuda ou dificulta o cuidado com a pessoa idosa. In: Born, T. Cuidar Melhor e Evitar a Violência – Manual do Cuidador da Pessoa Idosa/ Tomiko Born organizadora - Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008, p 70

NARTEN, R. Alte Menschen in ihrer Wohnung: Sichtweise der Arkitektursoziologie. In: Wahl et al, Alte Menschen in ihrer Umwelt, Heidelberg, Westdeutscher Verlag, 1999

ODEBRECHT, C, GONÇALVES, L, O & SELL, I. Da Gerontologia a Gerontotecnologia.
<http://www.portaldoenvelhecimento.com/acervo/artieop/Geral/artigo140.hrm>
 Acesso 30/08/17

PÜTMANN, H. & HEBGEN, H. Älter werden am liebsten zu hause – Nützliche Hinweise für das Wohnen im Alter, Heidelberg, Energie-Verlag GmbH, 1990

PYNOOS, J, STEIMAN, B, A, NGUYEN, A , Q , BRESSETTE, M. Assessing and adapting the home environment to reduce falls and meet the changing capacity of older adults. In: Scheidt, R, j. & Schwarz, B. Environmental Gerontology, London Rutlege, 2013

RAVAGNI, L, A, C. O cuidador da Pessoa Idosa: Formação e Responsabilidades. In: Born, T. Cuidar Melhor e Evitar a Violência – Manual do Cuidador da Pessoa Idosa/ Tomiko Born organizadora - Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008, p 53

SÃO PAULO. Resolução SS – 123, de 27/09/2001. Define e Classifica as Instituições Geriátricas no âmbito do Estado de São Paulo e dá providências correlatas. DOE nº 184 de 28/09/2001, Disponível em http://www.mpsp.br/portal/page/portal/CAO_ido

RUSSEL, J, L. Buenas Practicas Y Apoyo a Los Cuidados – Programa Chile Cuida. In: Seminário Dependencia y Apoyo a los Cuidados, un Assunto de Derechos Humanos, Secretaria de Gobierno de Chile, Santiago, 2017, p 178-179.

SCHULZ-NIESWANDT, F. KÖSTLER, U. LANGENHORST, F. MARKS, H. Neue Wohnformen im Alter. Wohngemeinschaften und Mehrgenerationenhäuser. Stuttgart, Kohlhammer, 2012

SCHEIDT, R, & SCHWARZ, B. Environmental Gerontology: What Now? In: Schwarz & Scheidt, Environmental Gerontology, New York, Routledge, 2013

STEVERINK, N. Selbstmanagement und psychisches Wohlbefinden bei älteren Menschen. In: Wahl,H,W., Römer, C,T. & Ziegelmann,J,P. Angewandte Gerontologie, Stuttgart, Kohlhammer, 2012

TCE. Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina. TCE/SC avalia a política de atendimento ao idoso no Estado. <http://www.tce.sc.gov.br-intranet/noticia/30793/tcesc-avalia-pol%C3%ADtica-de-atendimento-ao-idoso-no-estado> . Acesso em 12/05/17

TOURBE, C, & RAMBERT, H. Des milliers de médicaments ne servent à rien. Science & Vie, Mondadori France, nº 1171, avril 2015, p 40 – 47

WAHL, H, W. & OSWALD, F. Wohnen, Wohnraumanpassung und Gesundheit. In: Wahl, H, W, Tesch-Römer, C. & Ziegelmann, J,P. Angewandte Gerontologie, Stuttgart, Kohlhammer, 2012

WAHL, H, W; TESCH-ROMER, C. & ZIEGELMAN, J, P. Angewandte Gerontologie, Stuttgart, Kohlhammer, 2012.



O desafio é desenvolver um conceito humanizado para instituição de longa permanência, que supere as insuficiências dos modelos existentes, e possa orientar investimentos em estruturas habitacionais e prestação de serviços de cuidados a sociedade em envelhecimento.

Obrigado pela atenção

Nelson Frederico Seiffert – ANG/SC

O texto está disponível no site da ANG/SC:

www.angsc.org.br

Currículo resumido:

Nelson Frederico Seiffert

Doutor em Engenharia da Produção – Tese em Gestão Ambiental

Trabalhou em pesquisa na EMBRAPA – 25 anos

Desenvolve estudos na área de Gerontologia Ambiental e Gerontologia Aplicada

Conduziu seminários sobre Gerontologia Aplicada no NETI UFSC e, 2015 e 2016

Atual Diretor Técnico e Científico da ANGSC

Publica Trabalhos sobre Gerontologia Aplicada no site da ANGSC