



Vigilância Sanitária em Debate

ISSN: 2317-269X

INCQS-FIOCRUZ

Oliveira, Mônica Pondé Fraga Lima de; Souto, Ana Cristina
Cuidado e proteção aos idosos institucionalizados na perspectiva da vigilâncias sanitária
Vigilância Sanitária em Debate, vol. 7, núm. 2, 2019, pp. 2-8
INCQS-FIOCRUZ

DOI: <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01284>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570566082002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABEM
redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Cuidado e proteção aos idosos institucionalizados na perspectiva da vigilâncias sanitária

Care and protection for institutionalized elderly persons in the perspective of sanitary surveillance

Mônica Pondé Fraga Lima de Oliveira^{I,*} 

Ana Cristina Souto^{II} 

RESUMO

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

PALAVRAS-CHAVE: Instituição de Longa Permanência para Idosos; Cuidado; Vigilância Sanitária

ABSTRACT

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

KEYWORDS: Long-Term Care Institution for the Elderly; Caution; Sanitary Surveillance

^I Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Salvador, Salvador, BA, Brasil

^{II} Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

* E-mail: monicapondeodonto@gmail.com



INTRODUÇÃO

O cuidar, na maioria das culturas, vincula-se ao papel social feminino. Alguns historiadores e antropólogos consideram que a proteção materna instintiva foi a primeira forma de manifestação do cuidado humano¹. Essa prática tem também uma dimensão de defesa e proteção de indivíduos e grupos. Na Idade Média o cuidado se institucionalizou na igreja e era realizado pela caridade organizada, sob o nome de misericórdia. Os indivíduos que por algum motivo não possuíam família, a exemplo dos órfãos, indigentes e idosos, eram amparados pelos serviços de caridade da época - casas de dádivas, monastérios, hospitais, paróquias e escolas². A partir da secularização, processo de abandono dos preceitos culturais que se apoiavam na religiosidade, iniciada no século XV, é que o Estado, incipientemente, assume o seu papel de cuidador. Com o desenvolvimento do Estado moderno, esse passa a ter maior intervenção na saúde. Nesse contexto, constroem-se políticas de saúde mais bem-definidas (Higienismo francês, a Política Médica alemã e a Medicina da Força de Trabalho na Inglaterra) e o Estado assume mais claramente seu papel cuidador. A partir daí o hospital que abrigava excluídos sociais, idosos e era um lugar que se ia para morrer, transforma-se em instituição de ensino e da prática médica, em bases científicas modernas³ e os asilos se constituem a principal instituição de cuidado aos idosos.

O cuidado institucionalizado tem apresentado importantes avanços a partir de acontecimentos e transformações culturais, econômicas e institucionais. Importantes transformações têm ocorrido nas instituições responsáveis pelo cuidado - desde a secularização passando pela especialização e por fim, o fenômeno da mercantilização/marketização².

As mudanças ocorridas na função e papel do Estado a partir do século XIX e, em especial, em meados do século XX nas sociedades que experimentaram o “Estado de Bem-Estar Social” favoreceram a expansão do cuidado para as áreas sociais e, no caso da saúde, com a ampliação de instituições que cuidam direta e indiretamente da saúde, nessas últimas, se inserem as Instituições de Longa Permanência (ILPI). Essas mudanças também foram influenciadas por transformações ocorridas nas famílias, em especial a participação da mulher no mercado de trabalho. Na atualidade, o cuidado, dirigido às pessoas idosas, varia a depender da forma de organização das sociedades. No Brasil, o cuidado familiar ainda predomina, mas nota-se um importante crescimento das instituições de ILPI. Embora as ILPI não sejam instituições de saúde, prestam serviço para uma parcela da população exposta a fatores de riscos relacionados a essa etapa do ciclo de vida. Assim, os serviços de Vigilância Sanitária devem atuar no sentido de normatizar o controle destes riscos.

DISCUSSÃO

No Brasil, políticas voltadas aos idosos só se conformam mais claramente a partir do ano de 1980 com a luta pela reconquista da democracia e de direitos sociais. Duas importantes conquistas expressaram-se na Constituição Federal de 1988 (CF/88)⁴. A primeira, a incorporação da concepção de seguridade social

como expressão dos direitos sociais e a responsabilidade do Estado em garantir o direito à saúde a todo cidadão; a segunda, o reconhecimento do direito do idoso como um direito fundamental inerente a todo ser humano que se encontre no território brasileiro e a inclusão desse cuidado na CF/88. A Carta Magna atribui tal dever à família, à sociedade e ao Estado, de modo a assegurar sua participação na comunidade, dignidade, bem-estar e direito à vida. O reflexo desta nova ordem constitucional em relação à população idosa deu-se em 1989 com a emissão pelo Ministério da Saúde da Portaria Federal nº 810, de 22 de setembro de 1989⁵, determinando a normatização do funcionamento padronizado de instituições ou estabelecimentos de atendimento ao idoso. Mas só em 1994 foi sancionada e publicada a Lei Federal nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994⁶, que estabeleceu a Política Nacional do Idoso, a qual reitera o dever da família, da sociedade e do Estado em assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para integração e participação efetiva na sociedade e promoção de sua autonomia, vetando qualquer forma de discriminação contra a pessoa idosa. Esta Política, corroborando o que determina a CF/88⁴, incentiva a implementação de centros de convivência, centros-dia, hospitais-dia, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho e atendimento domiciliar e prioriza o atendimento ao idoso no seio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar. Posteriormente, a elaboração do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003)⁷ reafirma a obrigatoriedade dos poderes públicos em assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. É a primeira Lei que faz referência às instituições na modalidade de longa permanência. Com o avanço da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), é formulado em 2006 o Pacto pela Saúde (Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006)⁸. Em um dos seus componentes, o Pacto pela Vida, estabelece como prioridade a implantação da Política Nacional de Saúde do Idoso. É nesse contexto que surge, mais claramente, a atuação da Vigilância Sanitária nas ILPI. Este ensaio tem como objetivo se aproximar a uma noção de cuidado na perspectiva da vigilâncias sanitária e de cuidado nas ILPI realizado pela Vigilância Sanitária.

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

A definição de idoso difere nas sociedades⁹. Nos países desenvolvidos são consideradas idosas as pessoas com 65 anos ou mais. Nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, são idosos a partir dos 60 anos. Esta definição foi estabelecida pela



Organização das Nações Unidas (ONU) em 1982, por meio da Resolução nº 39/125, elaborada na 1ª Assembleia Mundial das Nações Unidas Sobre o Envelhecimento da População. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰, em 2010, revelaram que a população do Brasil alcançou a marca de 190.755.799 habitantes, sendo que aproximadamente 21 milhões deles - o equivalente a 11% da população - eram de idosos. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios mais recente (PNAD-IBGE-2017)¹¹ revelou que 14,6% da população pertenciam a esta faixa etária, o que corresponde a 30,2 milhões de idosos. Este número já excedeu ao estimado para 2020. Segundo Carvalho e Garcia¹², o Brasil será um dos países com maior número de pessoas idosas.

Estudo realizado por Pasinato e Kornis¹³, comparando cuidados dispensados à terceira idade em países como Dinamarca, Alemanha e Estados Unidos, revelou que o modelo social-democrata dinamarquês é pautado em sistema amplo de seguridade social e o sistema de saúde com cobertura universal. Frente aos crescentes custos, a partir de 1987, teve início o processo de desinstitucionalização, passando a priorizar a construção de uma estrutura de cuidados domiciliares e programas voltados para o apoio dos cuidadores informais. Na Dinamarca, a família não é legalmente responsável pelos cuidados, havendo foco na autonomia e independência¹⁴. O modelo alemão, a partir de 1994, estruturou-se sob forma de seguro voltado aos cuidados de longa duração (SCLD), cofinanciado pelos empregados e empregadores através de uma alíquota de 1,7% sobre os salários. É descentralizado, com foco na dependência, e a família é legalmente responsável pelos cuidados¹⁴. Nos Estados Unidos o sistema de seguridade é liberal e a atenção ao idoso realiza-se com ampla participação do mercado. Para os idosos há o *medicare* que cobre apenas alguns serviços diretamente relacionados com a área de saúde a exemplo da enfermagem e fisioterapia.

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

Entretanto, ainda que no Brasil haja prioridade no cuidado ao idoso no âmbito familiar, o processo de modernização experimentado pela sociedade vem causando a escassez do cuidado,

possivelmente decorrente da redução do tamanho das famílias, dos novos rearranjos familiares, do novo papel social das mulheres, devido a sua crescente participação no mundo do trabalho e redução da fecundidade. Essas mudanças, segundo Camarano e Kanso¹⁵, afetaram a capacidade das famílias realizarem cuidados aos idosos, que parece diminuir à medida que sua demanda aumenta. Este cenário, aliado à ausência de apoio mais efetivo do Estado no suporte em domicílio, resulta em incremento na procura por ILPI privadas, por parte de famílias. É importante traçar um paralelo acerca de como os cuidados de longa duração vêm se processando nos ambientes das instituições nos países avançados e países emergentes, a exemplo do Brasil. Born e Boe-chat¹⁶ revelaram que os países avançados têm sofrido mudanças no seu perfil de institucionalização, por dispor de opções para manter o idoso na comunidade, através de uma rede de serviços. As ILPI existentes nestes países abrigam, predominantemente, indivíduos com idades mais avançadas, com perdas funcionais sérias e com demências. Este estudo encontra respaldo nos achados de Camargos et al.¹⁷, ao afirmar que nos países desenvolvidos a institucionalização é uma escolha para indivíduos de idade avançada e com dificuldade de se manterem independentes ou para os que necessitam de cuidados médicos. No Brasil, já se constata expansão do mercado relacionado às ILPI. Estas, em geral, abrigam idosos com idade acima de 60 anos, com diversos graus de dependência. Camarano e Kanso¹⁵ referiram que o número de idosos que deverão necessitar de cuidados prolongados, entre os anos de 2010 e 2020, poderá crescer de 30% a 50%, independentemente de haver melhorias ou não nas condições de autonomia. O incremento na procura pelos cuidados prestados pelas ILPI deve-se, possivelmente, ao *boom* da terceira idade desde a década de 1980. Somado a isso, a velhice tem sido compreendida como uma fase do curso da vida e não mais como doença. O estudo de Küchemann¹⁸ também fornece subsídios que sustentam forte tendência da expansão do mercado do cuidado aos idosos no modelo institucional. A autora afirma que, muito embora o Estado ofereça alguns serviços aos idosos, a cobertura não se mostra suficiente, principalmente quanto aos alojamentos para cuidados de longa duração. O tipo de cuidado instituído pelo Estado depende de sua natureza e papel. Nos países em que predomina o Estado de Bem-Estar Social esse cuidado é maior. Na realidade brasileira, o Estado tem se desresponsabilizado, cada vez mais, em garantir direitos sociais à população e no caso das ILPI, a execução direta do cuidado é quase inexistente, ficando apenas com o papel regulador. Somado a isso, é expressiva a participação do mercado no cuidado de indivíduos e grupos, ao mesmo tempo em que avança a desregulamentação relacionada às práticas e objetos desse cuidado.

A expressão “Instituição de Longa Permanência para Idosos”, sugerida pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)¹⁹, teve por objetivo expressar a nova função híbrida destas instituições. A SBGG entende que as ILPI são estabelecimentos para atendimento integral e institucional e devem atender às necessidades de seus residentes. Tal expressão, segundo Delboni et al.²⁰, é uma adaptação do termo *Long-Term Care Institution*, utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Cabe às ILPI atender, amplamente, às necessidades das pessoas idosas, frente



à nova realidade sentida, na qual há aumento da sobrevivência de pessoas que apresentam redução da capacidade física, cognitiva e mental. Isto posto, é necessário que as mesmas integrem a rede de assistência social e de saúde. Goffman²¹ compreendeu os abrigos de idosos, assim como manicômios e prisões como segregadores da vida social, ao mesmo tempo em que dominam toda a vida do sujeito (higiene, alimentação, vestimentas) a ela submetido. O autor ressalta o caráter fechado destas instituições, denominando-as também de instituições totais. A vasta produção científica acerca das ILPI aponta divergência de opinião entre os autores. Alguns concordam com Goffman²¹ quanto à totalidade destas instituições e consequências nefastas ao idoso a exemplo do isolamento/segregação social, perda da individualidade e até mesmo a “mortificação” do indivíduo. Outros admitem posição diferente ao considerá-las como alternativas de melhor assistência e proteção aos idosos argumentando que nem sempre a família consegue atender a estas necessidades. Silva e Figueiredo²² concordaram com Goffman²¹ quanto ao domínio institucional sobre os indivíduos e apontam a limitada, e até mesmo inexistente, capacidade de escolha por parte dos idosos institucionalizados, ou seja, instituições sem liberdades. Casadei et al.²³ reforçaram a percepção negativa das ILPI ao considerarem o modelo asilar brasileiro semelhante às chamadas instituições totais, funcionando como espaços de segregação e de administração integral da vida dos idosos dependentes, desvalidos, aposentados, pobres e rejeitados ou impossibilitados de viverem sozinhos ou com familiares. Born e Boechar¹⁶ buscaram explicar que as conotações negativas relativas às ILPI muito se devem ao modo como surgiram e a maneira que eram estruturadas.

Nesse debate entendemos que as instituições são ao mesmo tempo produtoras de cuidado e limitadoras de liberdades. Essas características intrínsecas podem apresentar modificações, a depender do modelo de gestão adotado. E, a partir da definição de Born e Boechar²⁴, compreendemos ILPI enquanto:

um serviço de assistência de natureza médico-social, sócio-sanitária e deve proporcionar cuidados e ser um lugar para se viver com dignidade. Seus cuidados devem abranger a vida social, emocional, as necessidades de vida diária e assistência à saúde, caracterizando-se assim como um serviço híbrido, de caráter social e de saúde.

O texto constitucional assegurou a saúde como direito fundamental, condição imprescindível para a vida com dignidade, e fixou a obrigatoriedade do Estado em promover ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde. O rápido envelhecimento populacional suscitou novo olhar estatal sobre a terceira idade, demandando ajustes e mudanças nas políticas públicas, reconhecimento dos direitos da pessoa idosa e consequente surgimento de legislações específicas voltadas a esta etapa da vida, a exemplo do Estatuto do Idoso, no qual surgem pela primeira vez os requisitos, princípios norteadores, regras de fiscalização e penalidades. O Estatuto reconhece, em seu art. 37 § 3º, que:

As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e

higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei.

Em contexto mais atualizado, Clos e Grossi²⁵ teceram sérias críticas acerca do espaço ocupado pelo mercado nesse tipo de cuidado. Segundo as autoras, estes estabelecimentos chegam ao século XX como negócio lucrativo em que os serviços gerontológicos de acolhimento e residência surgem como mercado promissor. Atribuem este fato à incompatibilidade das estruturas familiares com cuidados específicos para idosos em processo de adoecimento. Embora o Estado tenha ocupado um espaço restrito como provedor do cuidado, parece ser crescente sua participação na elaboração e cumprimento de legislações de cunho protetivo e normas regulatórias.

Reforçando-se esta obrigatoriedade legal e regulatória, surge, em caráter complementar, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990²⁶, que conceitua em seu Art 6º a vigilâncias sanitária e prevê sua atuação no controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. As ILPI, ainda que não se classifiquem como unidades de saúde, trazem na sua constituição, a realização de algumas atividades de assistência como cuidados de enfermagem, fisioterapia, nutrição, administração de medicamentos, estando assim sujeitas à regulação, controle e fiscalização do Poder Público. À vigilâncias sanitária cabe a função de regular, sob o ângulo sanitário, as atividades relacionadas à produção/consumo de bens e serviços de interesse da saúde, seus processos e ambientes, sejam da esfera privada ou pública²⁷.

Em se tratando do termo cuidado, este possui diversos significados na Língua Portuguesa, desde assistência, cautela, responsabilidade, à proteção. De acordo com Teixeira²⁸, cuidados de saúde são ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, bem como o diagnóstico e tratamento de doenças e ações de reabilitação das capacidades reduzidas por efeito de doenças ou acidentes. Corresponde ao original inglês *health care*. Sob este enfoque torna-se importante estabelecer comparação acerca do cuidado em saúde e o cuidado em vigilância sanitária. Há inúmeros trabalhos que abordam o cuidado em saúde, mas a ênfase na assistência é mais predominante. O cuidado assistencial ao idoso se constitui, na maioria das vezes, enquanto relação social que se estabelece entre o profissional que cuida e o indivíduo (objeto do cuidado), cuja ação finalística é a cura ou oferta de conforto (cuidado paliativo). Para efetivação deste cuidado, são necessárias a avaliação do estado de saúde por meio de análise diagnóstica e a aplicação de conhecimentos técnicos garantindo ao paciente um tratamento que atenda às suas necessidades. Os estudos de Ayres²⁹ apontaram a importância da humanização no cuidado assistencial como fator relevante a ser aplicado pelos profissionais de saúde. Para atender a este requisito é preciso considerar o exercício da alteridade no processo do cuidado. A alteridade pode ser entendida na capacidade que um ser tem de apreender o outro na plenitude da sua dignidade, dos seus direitos e, sobretudo, nas suas diferenças.

Diferentemente do campo da assistência, em que o cuidado é direto e reveste-se de humanização²⁹, o cuidado na perspectiva



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

Considerando-se que os objetos sobre os quais a vigilância sanitária age são bens de consumo e também bens sociais (alimentos, medicamentos, serviços de saúde, entre outros), reconhece-se que muitos deles portam riscos intrínsecos, tornando-se imprescindível seu efetivo controle na proteção da coletividade. Sendo assim, pode-se considerar que o cuidado em vigilância sanitária, mesmo indireto em relação ao sujeito, reflete-se diretamente na proteção da saúde dos indivíduos e da população e se sustenta na regulação sanitária.

A noção de cuidado em vigilância sanitária elaborada acima carece de ser adaptada para uma melhor compreensão do que seja o cuidado da vigilância sanitária nas ILPI. O papel atual do Estado nessas instituições de natureza privada tem sido principalmente de natureza regulatória. Assim, entendemos que o papel regulador da vigilância sanitária acaba sendo a principal forma de organização desse cuidado. A noção de regulação em vigilância sanitária também é polissêmica e apresenta pelo menos três perspectivas. A primeira, entendida como estabelecer regras, sujeitar às regras, encaminhar conforme a lei, ajustar, conter, reprimir²⁷. A segunda é mais voltada para o controle de riscos: “toda parte de estudos de análise do risco, bem como as regulamentações dele decorrentes e as políticas de gerenciamento do risco empreendidas pelo Estado, que configuram sua intervenção na área do risco sanitário”³⁰. A terceira tem a ver com o papel regulador da vigilância sanitária em relação ao mercado: “todo controle, sustentado e especializado, feito pelo Estado ou em seu nome, que intervém nas atividades de mercado que são ambivalentes, pois, embora úteis, apresentam riscos para a saúde da população”³¹.

Neste estudo, entende-se que o cuidado que deve ser realizado pela Vigilância Sanitária nas ILPI incorpora, necessariamente estas três perspectivas. A primeira pode ser evidenciada pelo estabelecimento da Resolução de Diretoria Colegiada nº 283, de 1º de fevereiro de 2005³², que trata do regulamento técnico definindo normas de funcionamento para as ILPI. Esta norma inclui aspectos relativos à estrutura física, alimentos, medicamentos, vestuário,

processos de trabalho como categorias relevantes no cuidado sanitário face ao risco que representam. Ressalta-se que esta Resolução decorreu da implementação do Estatuto do Idoso. A segunda perspectiva regulatória tem intrínseca relação com a função finalística da vigilâncias sanitária que é o controle de riscos sanitários com o propósito da proteção à saúde. A terceira refere-se ao papel de regular interesses da saúde e do mercado. Como as ILPI na sua maioria são parte deste mercado, faz-se necessário que a Vigilância Sanitária atue nesse processo regulatório. Considerando-se que nas ILPI, os riscos podem ser decorrentes da natureza intrínseca do objeto (a exemplo dos medicamentos), das falhas no processo de trabalho (serviços de cuidado em enfermagem/fisioterapia, serviços de alimentação e lavanderia), ausência e/ou falha no gerenciamento/monitoramento das condições físicas do ambiente. Nestas Instituições, a magnitude do risco adquire relevância face à maior suscetibilidade dos indivíduos que aí residem (idosos). Os riscos tendem a se ampliar devido ao avanço do consumo na sociedade contemporânea. Essa ampliação apresenta-se como um importante desafio para a Vigilância Sanitária nas ILPI no sentido de evitar a “coisificação” do cuidado, ou seja, o cuidado enquanto mercadoria²⁵. Para Clos e Grossi, o cuidado humano, ao se tornar necessidade, também se torna produto a ser explorado economicamente. Essa sobreposição das coisas em detrimento das pessoas pode trazer como consequência a invisibilidade do ser cuidado, o idoso. Na esfera mercadológica, o enfrentamento da “coisificação” pela Vigilância Sanitária faz-se mediante a regulação sanitária. Nesse sentido, consideramos que a perspectiva regulatória de Souza³¹ torna-se, nesse estudo, mais ampla por se tratar de uma atuação direta da Vigilância Sanitária sobre uma instituição privada, portanto, com forte apelo mercadológico. Reiteramos que esta perspectiva inclui o cuidado a outra instância de atuação da vigilância sanitária ainda que em caráter complementar; a defesa do consumidor, dado seu poder de intervenção nas atividades de mercado. Consumidor é definido legalmente no caput do art. 2º do Código de Proteção e Defesa do Consumidor - CDC (Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990)³³ como “toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final”. As ILPI de natureza privada, portanto, submetem-se a este Código ao estabelecerem a prestação de serviços mediante formalização de contrato, seja com o próprio idoso, seus familiares ou responsáveis diretos. Nas relações de consumo o consumidor juridicamente é sempre considerado vulnerável por excelência. Todavia, o consumidor idoso é portador de uma vulnerabilidade extrema, que lhe coloca em uma condição especial quando se propõe a entabular relações jurídicas de consumo. A condição especial do consumidor idoso lhe torna mais suscetível às práticas abusivas no mercado de consumo, tendo em vista as típicas debilidades (emocionais, físicas, sociais, econômicas etc.) que acompanham a idade avançada, de forma a exigir o reconhecimento da sua vulnerabilidade extrema. Sua condição é tão peculiar que o sistema jurídico lhe assegurou dois microsistemas jurídicos específicos, ambos de natureza tutelar, quais sejam, a Lei nº 8.078/1990³³ e a Lei nº 10.741/2003⁷. No âmbito da Regulação Sanitária, a RDC nº 283/2005³² surge em resposta ao referido Estatuto assegurando ao idoso o direito de viver em um espaço em condições de habitabilidade, salubridade, segurança e capaz de atender às suas necessidades.



CONCLUSÕES

A crescente atuação da vigilância sanitária em inúmeras atividades relacionadas aos seus objetos de atuação (medicamentos, alimentos, serviços de saúde e de interesse da saúde, entre outros) tem exigido uma intensa reflexão sobre seu papel, atuação e práticas. No caso do tema deste ensaio, o cuidado realizado pela Vigilância Sanitária nas instituições de longa permanência, apresenta-se como um importante desafio de análise. Primeiro, porque inexistente uma elaboração do que seja este cuidado, segundo, porque o papel a ser desempenhado pela Vigilância Sanitária nas ILPI ainda não foi objeto de discussão mais ampliada. Nesse sentido, as reflexões aqui produzidas têm o propósito apenas de provocar o debate para assim, seguirmos ampliando nossas reflexões e práticas sobre a temática.

Nota-se também que, embora o Brasil, nessas três últimas décadas, tenha alcançado conquistas relevantes (Constituição cidadã de 1988 e no processo de construção e implementação do SUS) que possibilitaram ampliação do cuidado aos idosos, o mercado tem se expandido intensamente nesse mesmo período no setor da saúde, quer direta como indiretamente, o que pode ser evidenciado no caso das ILPI.

As ILPI parecem apresentar características de instituições totais que limitam a liberdade dos indivíduos, mas, ao mesmo tempo, buscam reproduzir o cuidado familiar. Nas ILPI privadas, o Estado no seu braço da saúde, cuida apenas regulando as práticas de objetos de interesse das Vigilâncias Sanitária/Epidemiológica e, em alguns casos, realizando práticas de vacinação. Essa atuação também carece de maior aprofundamento. Também é pouco realizado no Brasil o cuidado em saúde por parte do Estado ao idoso no âmbito familiar, exceto as ações realizadas pela Estratégia de Saúde da Família, em especial no controle de hipertensão e diabetes e de experiências como o Programa Melhor em Casa, desenvolvido em alguns municípios.

Verifica-se que, embora o crescimento demográfico tenha sido acompanhado pela melhoria das condições de vida, expressos em indicadores socio sanitários, ainda é pouco expressivo o cuidado

estatal com a parcela da população de idosos, cuja vulnerabilidade e riscos são elevados.

No contexto atual, face a pequena participação do Estado no cuidado direto aos idosos, as ILPI surgem como um mercado promissor com tendência a forte crescimento em consequência do acelerado envelhecimento da população brasileira e poucos avanços nas redes de assistência ao idoso no suporte familiar.

O cuidado ao idoso tem se tornado negócio lucrativo que se transformou no mercado das ILPI no Brasil. A partir dessa situação, surge a necessidade de mudanças necessárias na organização interna destas instituições fazendo com que se adaptem às novas regras estabelecidas pelo Estado, por meio da atuação da Vigilância Sanitária ou entrem em processo de extinção (fechamento do estabelecimento). Entendemos haver outros sistemas organizacionais no entorno das ILPI a desempenhar funções diversas compondo uma rede de assistência de saúde, social e jurídica visando o cuidado e proteção aos idosos. Enfim, o pouco cuidado no âmbito estatal voltado à pessoa idosa no Brasil, quando realizado, apresenta-se ainda de forma fragmentada, uma vez que não raro, carece de parcerias efetivas entre os diversos órgãos de proteção ao idoso e de ações intersetoriais.

Salienta-se, no entanto, que o Brasil, por meio da Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006³⁴, vem desenvolvendo ações no âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa cuja finalidade é manter, recuperar e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos. Como diretrizes aponta para a promoção do Envelhecimento Ativo e saudável, seguindo as orientações do documento “Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde” da OMS, a qual se fundamenta em quatro pilares: saúde, aprendizagem ao longo da vida, participação e segurança. Esta política já apresenta alguns desdobramentos a exemplo da Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa recentemente lançada. Esta iniciativa busca alcançar o envelhecimento ativo, saudável, cidadão e sustentável para todos os brasileiros. No âmbito assistencial o Brasil vem investindo nas Unidades de Referência à Saúde do Idoso (URI). São unidades especializadas para atender ao idoso na sua área de abrangência, oferecendo atendimento pela equipe interprofissional, em âmbito individual e coletivo, dentro de uma visão integral.

REFERÊNCIAS

1. Vagueti HH, Padilha MICS, Carraro TE, Pires DEP, Santos VEP. Grupos sociais e o cuidado na trajetória humana. R Enferm UERJ. 2007;15(2):267-75.
2. Burke P. Como cresceu a ideia de cuidado. Café Filosófico - CPFL Cultura. 28 set 2010[acesso 14 maio 2012]. Disponível em: <http://www.cpfcultura.com.br/2010/09/28/como-cresceu-a-ideia-de-cuidado-%e2%80%93-peter-burke-2/>
3. Foucault M. Microfísica do poder. 5a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1985. Capítulo 6: O nascimento do hospital; p. 99-112.
4. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. 17a ed. Brasília: Senado Federal; 1988.
5. Brasil. Portaria Nº MS-810, de 22 de setembro de 1989. Normas para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento do idoso. Diário Oficial União. 23 set 1989.
6. Brasil. Lei Nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso. Diário Oficial União. 5 jan 1994.
7. Brasil. Lei Nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre a política nacional do idoso e dá outras providências. Diário Oficial União. 3 out 2003.
8. Brasil. Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006: consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial União. 23 fev 2006.



9. Organização das Nações Unidas - ONU. Assembleia mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125. Viena: Organização das Nações Unidas; 1982.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo de 2010. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011[acesso 15 jan 2017]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílio (PNAD). Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017[acesso 8 maio 2019]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>
12. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saude Publica. 2003;19(3):725-33. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300005>
13. Pasinato MTM, Kornis GEM. Série seguridade social cuidados de longa duração para idosos: um novo risco para os sistemas de seguridade social. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2009.
14. Carvalho MI, Lopes B. Entre os cuidados e os cuidadores: o feminino na configuração da política de cuidados às pessoas idosas. Campus Social. 2009;(3-4):269-80.
15. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. R Bras Est Pop. 2010;27(1):233-5. <https://doi.org/10.1590/S0102-30982010000100014>
16. Born T, Boechat NS. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas EV, PY L, editores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 768-77
17. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. Rev Bras Estud Popul. 2011;28(1):217-30. <https://doi.org/10.1590/S0102-30982011000100012>
18. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Soc Estado. 2012;27(1):165-80. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922012000100010>
19. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia-São Paulo - SBGG-SP. Instituição de longa permanência para idosos: manual de funcionamento. São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia-São Paulo; 2003.
20. Delboni MCC, Areosa SVC, Kist RBB, Cardoso CG. Instituições de longa permanência (ILP): os idosos institucionalizados de uma cidade da região central do Rio Grande do Sul. In: Anais do 6º Seminário Internacional sobre Desenvolvimento Regional; 4-6 set 2013; Santa Cruz do Sul, Brasil. Santa Cruz do Sul: Universidade Santa Cruz; 2013.
21. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 7a ed. São Paulo: Perspectiva; 2001.
22. Silva MV, Figueiredo MLF. Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. Enferm Foco. 2012;3(1):22-4. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2012.v3.n1.215>
23. Casadei MC, Silva ACB, Justo JS. Bem-me-quer, malmequer: uma análise dos cuidados dispensados ao idoso asilar. Rev Kairos. 2011;14(6):73-93.
24. Born T, Boechat NS. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas EV, Py L, editores. Tratado de geriatria e gerontologia. 3a ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2011. p. 299-310.
25. Clos MB, Grossi PK. Desafios para o cuidado digno em instituições de longa permanência. Rev Bioet. 2016;24(2):395-411. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242140>
26. Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial União. 20 set 1990.
27. Costa EA, organizador. Vigilância sanitária: temas para debate. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2009.
28. Teixeira CF, organizador. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2010. Glossário; p. 117-59.
29. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saude Soc. 2004;13(3):16-29. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>
30. Lucchese G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância no Brasil. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2008.
31. Souza GS. Trabalho em vigilância sanitária: o controle sanitário da produção de medicamentos no Brasil [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2007.
32. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. RDC Nº 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 União. 27 set 2005.
33. Brasil. Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial União. 12 set 1990.
34. Brasil. Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. Diário Oficial União. 20 out 2006.

Conflito de Interesse

Os autores informam não haver qualquer potencial conflito de interesse com pares e instituições, políticos ou financeiros deste estudo.



Esta publicação está sob a licença Creative Commons Atribuição 3.0 não Adaptada.
Para ver uma cópia desta licença, visite http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.pt_BR.