

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

ANNA CLARA PEREIRA RODRIGUES
PEDRO PHELIPE GOMES DOS SANTOS

**CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA
IDOSOS DO ESTADO DO MARANHÃO**

São Luís
2024

ANNA CLARA PEREIRA RODRIGUES
PEDRO PHELIPE GOMES DOS SANTOS

**CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA
IDOSOS DO ESTADO DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Rafael de Abreu Lima

São Luís

2024

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Rodrigues, Anna Clara Pereira.

Caracterização das Instituições de Longa Permanência
para Idosos do Estado do Maranhão / Anna Clara Pereira
Rodrigues, Pedro Phelipe Gomes dos Santos. - 2024.
55 p.: il.

Orientador: Rafael de Abreu Lima
Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2024.

1. Fatores Sociossanitários. 2. Pessoas Idosas. 3.
Instituições de longa permanência para idosos. I. Lima,
Rafael de Abreu. II. Santos, Pedro Phelipe Gomes dos.
III. Título.

ANNA CLARA PEREIRA RODRIGUES
PEDRO PHELIPE GOMES DOS SANTOS

**CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA
IDOSOS DO ESTADO DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovados em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rafael de Abreu Lima (Orientador)
Doutor em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha (Examinadora)
Doutora em Ciências e Pedagogia
Universidade Federal do Maranhão

Enfa. Me. Vânia do Perpetuo Socorro Bastos Cantanhêde Holanda (Examinadora)
Mestre em Saúde e Ambiente
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

Por

Pedro Phelipe Gomes dos Santos,

À Deus por sua graça, bondade e misericórdia, pelo sustento para que eu pudesse chegar até aqui. Te louvo, bendigo e consagro a ti este trabalho,

À Universidade Federal do Maranhão pelo seu corpo técnico, administrativo e docente, em especial ao Departamento e à Coordenação de Enfermagem, por ter contribuído com minha formação,

Ao meu orientador, Prof. Dr. Rafael Lima de Abreu, por todos esses anos ter sido um exemplo de dedicação e excelência. Sou imensamente grato pelos ensinamentos, oportunidades e privilégio de caminhar ao seu lado nessa jornada. Sua orientação foi essencial para meu crescimento pessoal e profissional,

À Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Maranhão (LAGGMA), à Universidade Integrada da Terceira Idade (UNITI), ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica (DCEG-MA), ao Projeto de Extensão 60+ e a tantos outros projetos nos quais tive a honra de participar durante a graduação, meu mais sincero agradecimento. Sem dúvida, cada um deles foram fundamentais para minha formação e para cultivar em mim essa paixão pela Saúde da Pessoa Idosa.

Ao CEDIMA, pela colaboração com os dados para que essa pesquisa se tornasse possível,

Aos meus familiares, em especial aos meus pais, Sandro de Jesus dos Santos e Thatiana Gomes dos Santos, por nunca hesitarem em me proporcionar uma boa educação, valores sólidos e as correções necessárias. Sem vocês, eu jamais teria alcançado este momento. Obrigado por sonharem junto comigo e por sempre me incentivarem a seguir em frente, sem jamais permitir que eu desistisse. Aos meus irmãos, Thiago André Gomes dos Santos e Bruno Victor Gomes dos Santos, que acompanharam de perto cada passo do meu esforço ao longo dessa jornada. Às minhas avós, Maria José Batista dos Santos e Maria Helena Sousa Vale, fontes inesgotáveis de inspiração, garra e resiliência. Ao meu amado sobrinho Theo Victor Amorim dos Santos, que, de forma tão desprestenciosa, veio ao mundo para transformar nossas vidas com sua presença. Às minhas tias, tios, primos e primas, que também fazem parte dessa história e contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Às minhas amigas do tempo de escola, Adrielly Ellen Franco Lobão, Andressa Safyra Neves Gomes, Laynna Verônica Rego e Neyriane Costa da Silva, por manterem nosso laço de amor e companheirismo intacto, mesmo após tantos anos. Agradeço por serem minha rede de apoio, incentivo e família.

Às minhas amigas de curso, Karla Ingrith Carvalho Sá, Kamyla Kelly Varella Amorim, Martha Rafaella Ozório de Oliveira e Rafaela Silva Serra, minha gratidão por tornarem esse processo mais leve e gratificante. Sem vocês, essa jornada não teria o mesmo significado.

E, por fim, à minha dupla de TCC, Anna Clara Pereira Rodrigues, com quem tive a honra de compartilhar a construção de um trabalho tão grandioso. Nunca imaginei que teríamos essa oportunidade, mas, sem dúvidas, você foi uma boa escolha. Que sua graça, dedicação e talento te conduzam a lugares incríveis e repletos de conquistas.

Por

Anna Clara Pereira Rodrigues,

À Deus por colocar os meios possíveis para realizar esse trabalho da melhor forma para homenagear a minha avó, por guiar meus passos e escolhas durante a graduação e permitir fazer mais do que eu imaginava, obrigada por sempre me sustentar em sua graça.

À Universidade Federal do Maranhão pelo seu corpo técnico, administrativo e docente, em especial aos professores que trabalham com amor à profissão, que incentivam seus alunos, e que acima de tudo, nos consideram amigos.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Rafael Lima de Abreu, obrigada por aceitar minha proposta de TCC antes mesmo dela se tornar essa parceria com o Pedro, por confiar em mim, mesmo com minha timidez em público e me fazer crescer como profissional durante esses 2 anos que estivemos mais próximos, me fazendo apresentar trabalhos, participar de projetos e me incentivando a seguir novos caminhos. Obrigada por sempre afirmar que somos mais que alunos, mas amigos.

Aos meus familiares, principalmente os meus pais: Leceli de Jesus Pereira -minha maior fonte de resiliência e força- e meu pai: Roque Neto Pereira Rodrigues, a quem puxei o espírito sonhador, por sempre fazerem o melhor para proporcionar que eu crescesse com uma boa educação, com amor e gentileza ao próximo, obrigada por confiarem em mim ao torcer e incentivar, sem questionamentos, todas as empreitadas e ideias que já tive até o momento presente e especialmente por me amarem tanto ao ponto de eu saber que independente dos

rumos que a vida tome, tenho sempre um local para qual voltar. Às minhas tias, Raquel e Marluce, mulheres fortes e independentes que sempre estiveram presentes na minha vida seja para me amparar, quanto para me proporcionar conselhos que levarei sempre comigo no coração, sei o quanto vocês torcem por mim.

Ao meu namorado, Arthur Bezerra Santana que nunca reclamou dos meus sumiços em tempos de prática, provas e estágio e sempre se dispôs a me ajudar desde a montar um slide em cima da hora, quanto cuidar, mimar e amar quando só precisava de um descanso para voltar a fazer minhas inúmeras obrigações acadêmicas, obrigada por estar sempre comigo.

Ao meu quarteto da faculdade que se juntou desde o primeiro período, Clara Guimarães – conselheira e amiga amorosa –, Renan Coelho – o mais leal e divertido de todos – e Juliane Moraes, que entrou na minha vida desde 2019 e veio pra ficar, a mãezona do grupo, que briga mas também defende, esses 5 anos foram maravilhosos e divertidos por conta de vocês.

À minha dupla, Pedro Phelipe primeiramente por ter aceitado essa união, por ser essa pessoa cheia de esperanças e ideias incríveis que nos contagia a sonhar e por também acreditar em mim, eu tenho certeza de que você vai alçar voos altos com sua simpatia e luz que contagia a todos.

Por fim, dedico esse trabalho para todas as maravilhosas idosas que eu tive a honra de conhecer e aprender sobre diversas coisas da vida. Em especial a minha avó Lucimar Ferreira Pereira, a mulher que sempre me apoiou e incentivou meu crescimento na vida, queria muito que a senhora estivesse aqui para acompanhar essa nova etapa, sempre vou te amar e espero que você esteja orgulhosa de mim aí em cima. minha bisavó Domingas que foi uma mulher forte, empoderada e a frente do seu tempo, vovó Perolina Pereira Rodrigues que criou 9 filhos e fez de tudo para que todos crescessem bem e seguisse seus sonhos e dona Eunice e Dona Marinalva que me compartilharam tantas das suas experiências e mostraram o valor da amizade.

“Não temas, porque eu estou contigo; não te assombres, porque eu sou o teu Deus; eu te fortaleço, e te ajudo, e te sustento com a destra da minha justiça”.

Isaías 41:10

RESUMO

Uma das consequências do expressivo aumento da população idosa no País, são as necessidades sociais e assistenciais integradas. Sendo assim, estão em voga, as demandas por Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPIs) que acolham pessoas idosas, e que incorporem os cuidados voltados à vida social, emocional, às necessidades da vida diária e à assistência à saúde. As presentes pesquisas, tem por objetivo conhecer o perfil epidemiológico das ILPIs do Estado do Maranhão. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, quantitativo, realizado no período de Abril a Agosto de 2024, onde se coletou dados secundários sobre a população idosa (sexo e faixa etária predominante) e aspectos socio sanitários (taxa de analfabetismo, renda geral, índice de pobreza, abastecimento de água, rede de esgoto e coleta de lixo) do Estado do Maranhão por meio do IBGE e SIAB/SUS, e dados específicos sobre as ILPIs, por meio de dados dispostos na ficha cadastral do Conselho Estadual de Direitos do Idoso do Maranhão (CEDIMA). Utilizou-se o programa STATA 12.0[®] para analisar os dados. Os resultados da pesquisa nos mostram um perfil de pessoas idosas do Estado do Maranhão do sexo feminino (53,19%), na faixa etária de 60 a 64 anos (30,3%), com taxa de analfabetismo de 35,4%, renda média de R\$ 945,00, em situação de extrema pobreza (54,6%), ausentes de rede de esgoto (81,84%). Em nosso Estado, detectou-se 22 ILPIs, sendo 11 (50%) na macrorregião Norte, 7 (31,8%) na macrorregião Sul e 4 (18,2%) na macrorregião Leste, destas, 14 (63,8%) são filantrópicas, com um total de 330 vagas e 319 acolhidos, contudo, especificamente na macrorregião Sul, temos 193 vagas e 197 acolhidos, com 240 residentes do sexo masculino. É substancial o conhecimento do perfil da sociedade do Estado e suas respectivas macrorregiões de saúde, dadas as suas diferenças, para entender seus déficits e necessidades, uma vez que estas informações são de grande valia para tomar decisões em prol da qualificação do cuidado à pessoa idosa.

Palavras-chave: fatores socio sanitários; pessoas idosas; instituições de longa permanência para idosos.

ABSTRACT

One of the consequences of the significant increase in the elderly population in the country is the integrated social and assistance needs. Therefore, there is a growing demand for long-term care institutions for the elderly (ILPIs) that provide care focused on social and emotional life, daily living needs, and healthcare. The present research aims to understand the epidemiological profile of ILPIs in the state of Maranhão. This is a cross-sectional, descriptive, quantitative study conducted between April and August 2024, where secondary data was collected on the elderly population (predominant gender and age group) and socio-sanitary aspects (illiteracy rate, general income, poverty index, water supply, sewage system, and waste collection) in the state of Maranhão through data from the IBGE (Brazilian Institute of Geography and Statistics) and SIAB/SUS (Health Information System of the Unified Health System), as well as specific data on ILPIs from the registration forms of the Maranhão State Council for the Rights of the Elderly (CEDIMA). The STATA 12.0® program was used to analyze the data. The research results show that the profile of the elderly population in Maranhão is predominantly female (53.19%), in the age range of 60 to 64 years (30.3%), with an illiteracy rate of 35.4%, an average income of R\$ 945.00, living in extreme poverty (54.6%), and lacking access to a sewage system (81.84%). In the state, 22 ILPIs were identified, with 11 (50%) in the Northern macroregion, 7 (31.8%) in the Southern macroregion, and 4 (18.2%) in the Eastern macroregion. Among these, 14 (63.8%) are philanthropic, with a total of 330 vacancies and 319 residents. Specifically, in the Southern macroregion, there are 193 vacancies and 197 residents, with 240 male residents. Understanding the profile of the population in the state and its respective health macroregions, given their differences, is essential to identifying their deficits and needs, as this information is invaluable for making decisions aimed at improving care for the elderly.

Keywords: socio-health factors; elderly people; long-term care institutions for the elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Princípios organizativos do SUAS, 2019.....	19
Quadro 2 – Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), 2022.....	20
Quadro 3 – Resoluções da Diretoria Colegiada de Funcionamento da ILPIs	27
Figura 1 – Mapa Político do Estado do Maranhão, 2019	29
Figura 2 – (A) Mapa das Macrorregiões de Saúde; (B) Regiões de Saúde do Maranhão, 2024.....	30
Quadro 4 – Macrorregiões e Regiões de Saúde do Estado do Maranhão	31
Figura 3 – (A) Distribuição de pessoas idosas por sexo; (B) faixa etária X sexo do Estado do Maranhão, São Luís, 2024.....	34
Figura 4 – (A) Aspectos socio sanitários como taxa de analfabetismo; (B) renda geral; (C) índice de pobreza; (D) abastecimento de água, esgoto e coleta de lixo, do Estado do Maranhão, São Luís, 2024.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Localização das ILPIs no Estado do Maranhão, segundo Macrorregiões e Regiões de Saúde do Estado do Maranhão, 2024	36
Tabela 2 – Natureza jurídica das ILPIs do Estado do Maranhão, 2024.....	36
Tabela 3 – Natureza jurídica e total de vagas por acolhidos, segundo Macrorregiões e Regiões de Saúde do Estado do Maranhão, 2024	37
Tabela 4 – Características sociodemográficas (sexo) por macrorregião de residentes institucionalizados em ILPIs maranhenses, 2024.....	38

LISTA DE SIGLAS

AD	Atendimento domiciliar
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAOP	Centro de Apoio Operacional de Proteção ao Idoso e Pessoa com Deficiência
CEDIMA	Conselho Estadual do Idoso do Maranhão
CIAPVI	Centro Integrado de Apoio e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMDI	Conselho Municipal dos Direitos do Idoso
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNEAS	Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CVPI	Comitê de Valorização da Pessoa Idosa
DP	Desvio Padrão
FEMADI	Fórum das Entidades Maranhenses de Defesa e Direito do Idoso
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HEMOBRÁS	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ILPIs	Instituições de Longa Permanência para Idosos
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
NOB	Norma Operacional Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência à Saúde
PPI	Pastoral da Pessoa Idosa
PSF	Programa de Saúde da Família
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RENADI-MA	Rede de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa do Maranhão

SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	JUSTIFICATIVA.....	15
3	OBJETIVOS	16
3.1	Objetivo geral	16
3.2	Específicos	16
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
4.1	SUAS e SUS: Políticas públicas em rede de assistência à pessoa idosa.....	17
4.2	Política de Assistência Social – PNAS	22
4.3	Modalidades de acolhimento para às pessoas idosas	23
4.3.1	Acolhimento institucional	24
4.4	Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs	25
4.4.1	História das Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPIs.....	26
4.4.2	Resoluções da Diretoria Colegiada – RDC	27
5	MÉTODO.....	29
5.1	Tipo de estudo.....	29
5.2	Período e local do estudo	29
5.3	População do estudo.....	31
5.4	Coleta de dados e instrumentos para pesquisa.....	32
5.5	Análise dos dados	32
5.6	Aspectos éticos	32
6	RESULTADOS.....	34
7	DISCUSSÃO.....	39
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
	REFERÊNCIAS	43
	APÊNDICE A – INFORMAÇÕES SOBRE AS INSTITUIÇÕES	
	MARANHENSES.....	51
	ANEXO A – FORMULÁRIO DE PESQUISA.....	54

1 INTRODUÇÃO

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada em domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (Brasil, 2024a).

Historicamente, eram conhecidas como instituições para amparar os velhos, oferecendo serviços de abrigo, alimentação e serviços básicos para sobrevivência, além de cuidados em saúde, sendo esta a maior demanda assistencial, requerendo um cuidado ampliado baseado na atenção integral e que implica na segurança da pessoa idosa, pois o Brasil é um país em transição demográfica (Camarano; Kanso, 2010; Leite *et al.*, 2020).

Devido a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira, observamos um crescente aumento da faixa etária maior que 60 anos, e em 2030, o Brasil, será o 6º país com a maior população de idosos do mundo (Cochar-Soares *et al.*, 2021). Em consequência disso, nota-se um crescimento expressivo da demanda por instituições que acolham pessoas idosas, e que incorporem os cuidados voltados à vida social, emocional, às necessidades da vida diária e à assistência à saúde (Brasil, 2021b).

Legalmente, as ILPIs estão inseridas num cenário de assistência social, conforme a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 502/2021, que dispõe sobre o seu funcionamento e reafirma seu caráter residencial (Brasil, 2021b). Convém ressaltar, que parte dos residentes dessas instituições apresentam algum grau de dependência, que necessitam de moradia transitória ou definitiva, com ou sem apoio de familiares nos seus cuidados. São pessoas idosas que oscilam sobre sua dependência de cuidados ao longo da sua estadia e que necessitam de pessoas preparadas para a assistência social, saúde e cuidados básicos (Brasil, 2021b; Camarano; Barbosa, 2016).

Para Camarano (2008), no Brasil, existiam 3.548 instituições; Giacomini (2022), refere que foram recenseadas mais de sete mil instituições de acolhimento para pessoas idosas, sendo que apenas 1.784 serviços estão credenciados ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Ainda segundo a autora, a maioria localiza-se na região Sudeste com 59%, com destaque para os Estados de São Paulo (34,3%) e Minas Gerais (15,9%), enquanto para o Nordeste a taxa nacional de distribuição é 12% com perspectiva de crescimento. Face a isso, pergunta-se: **“Qual o atual perfil das ILPIs Maranhenses?”**

2 JUSTIFICATIVA

Considerando a demanda por essa modalidade de assistência que tende a crescer devido ao envelhecimento populacional, seja por motivos de precariedade financeira, situações de violência intrafamiliar, fragilidade, dependência para realização das atividades de vida diárias e para gerenciar a própria vida e saúde, além de ausência de suporte familiar, a institucionalização da pessoa idosa pode ocorrer por opção pessoal ou indicação/necessidade. Ademais, existem poucos estudos no Nordeste brasileiro que versam sobre a temática das ILPIs e caracterizações, fazendo este necessário.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Estudar o perfil demográfico das Instituições de Longa Permanência para Idosos do Estado do Maranhão.

3.2 Específicos

- a) Caracterizar a população idosa e aspectos sociossanitários do Estado do Maranhão;
- b) Descrever o perfil demográfico das ILPIs maranhenses.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 SUAS e SUS: Políticas públicas em rede de assistência à pessoa idosa

O SUAS e o Sistema Único de Saúde (SUS) são políticas públicas destinadas a todos cidadãos que dela necessitarem, sendo composta por normas e diretrizes que tentam assegurar e garantir os direitos contidos na atual Constituição Federal do Brasil. Ambos, estão presentes em todo território nacional e objetivam garantir a proteção social e de saúde aos cidadãos, contemplando indivíduo, família e comunidade, no enfrentamento de suas dificuldades, por meio de serviços, benefícios, programas e projetos, buscando uma maior articulação, parceria e complementaridade para evitar ações isoladas e fragmentadas entre o Estado e a sociedade (Carvalho, 2006).

O SUAS é um sistema público que organiza os serviços de assistência social no Brasil. Com um modelo de gestão participativa, ele articula os esforços e os recursos dos três níveis de governo, isto é, Municípios, Estados e a União, para a execução e o financiamento da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), envolvendo diretamente estruturas e marcos regulatórios nacionais, estaduais, municipais e do Distrito Federal (Brasil, 2019).

O SUAS organiza as ações da assistência social em dois tipos de proteção social. A primeira é a Proteção Social Básica, destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. A segunda é a Proteção Social Especial, destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros (Brasil, 2019).

Neste sistema também há a oferta de benefícios assistenciais, prestados a públicos específicos de forma integrada aos serviços, contribuindo para a superação de situações de vulnerabilidade. O SUAS também gerencia a vinculação de entidades e organizações de assistência social ao sistema, mantendo atualizado o Cadastro Nacional de Entidades e Organizações de Assistência Social (CNEAS) e concedendo certificação a entidades beneficentes (Brasil, 2019).

Atualmente coordenado pelo Ministério da Cidadania, o sistema é composto pelo poder público e sociedade civil, que participam diretamente do processo de gestão compartilhada. Nesse modelo de gestão, as ações e a aplicação de recursos do SUAS são negociadas e pactuadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Esses procedimentos são acompanhados e aprovados pelo

Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e pelos Conselhos Estadual e Municipal de Assistência Social, que desempenham um importante trabalho de controle social (Brasil, 2019).

Criado a partir das deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social e previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), o SUAS teve suas bases de implantação consolidadas em 2005, por meio da sua Norma Operacional Básica (NOB) do SUAS, que apresenta claramente as competências de cada órgão federado e os eixos de implementação e consolidação da iniciativa (Brasil, 2019).

Em consonância ao LOAS, as diretrizes da Organização da Assistência Social foram divididas em 3 pautas (Brasil, 1993):

- a) **Descentralização político-administrativo** para os Estados, o Distrito Federal, e comando único para cada esfera do governo;
- b) **Participação da População** por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;
- c) **Primazia da Responsabilidade** do Estado na condução da Política de Assistência Social em cada esfera de governo.

A partir da LOAS e PNAS/2004, é acrescido na diretriz de descentralização o comando único, dessa forma, cabe a cada esfera de governo, respeitando os princípios e diretrizes definidos nesta Política Nacional, coordenar, formular e cofinanciar, além de monitorar, avaliar, capacitar e sistematizar as informações. As ações das três esferas de governo na área de assistência social devem ser planejadas e executadas de forma articulada, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera Federal e a coordenação e execução dos programas, em suas respectivas esferas, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios. Além disso, nesse mesmo ano, mais uma diretriz foi formada: a Centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos. Esta trouxe a importância da família no contexto da vida social, conforme também afirmado na Constituição Federal quando institui que a “família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado” (Brasil, [2020]).

No que tange os princípios da política de assistência social mais recentes instituídos por meio da NOB/SUAS-2012, temos (Quadro 1):

Quadro 1 – Princípios organizativos do SUAS, 2019

Princípios	Conceituação
Universalidade	Todos têm direito à proteção socioassistencial, prestada a quem dela necessitar, com respeito à dignidade e à autonomia do cidadão, sem discriminação de qualquer espécie ou comprovação vexatória da sua condição.
Gratuidade	A assistência social deve ser prestada sem exigência de contribuição ou contrapartida, observado o que dispõe o art. 35, da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 – Estatuto do Idoso, revogada pela Lei nº 14.423 de 2022 – Estatuto da Pessoa da Pessoa Idosa.
Integralidade da Proteção Social	Oferta das provisões em sua completude, por meio de conjunto articulado de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais.
Intersetorialidade	Integração e articulação da rede socioassistencial com as demais políticas e órgãos setoriais.
Equidade	Respeito às diversidades regionais, culturais, socioeconômicas, políticas e territoriais, priorizando aqueles que estiverem em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social.

Fonte: Pernambuco (2024).

Um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, o SUS, abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

O SUS é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal e cada ente tem suas responsabilidades (Brasil, 2024c):

- a) **Ministério da Saúde:** Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência Nacional de Saúde (ANS), Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRAS), Instituto Nacional de Câncer (INCA), Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) e oito hospitais federais;
- b) **Secretarias Estaduais da Saúde:** Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da CIB para aprovar e implementar o plano estadual de saúde;
- c) **Secretarias Municipais de Saúde:** Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde.

Além disso, os Conselhos de Saúde (Nacional, Estadual ou Municipal), são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, têm caráter permanente e deliberativo, participam dessa política e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. Ressalta-se ainda que cada Conselho de Saúde define as comissões.

Como modo organizativo, o SUS apresenta princípios organizativos e operacionais que garantem a assistência a todos os cidadãos brasileiros, a saber, dispostos no Quadro 2:

Quadro 2 – Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), 2022

(continua)

Princípios	Conceituação
Universalização	A saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais;

Quadro 2 – Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), 2022

(conclusão)

Princípios	Conceituação
Equidade	O objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior;
Integralidade	Este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação;
Regionalização e Hierarquização	A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região;
Descentralização e Comando Único	Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função;
Participação Popular	A sociedade deve participar no dia a dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Fonte: Brasil (2022).

E nessa perspectiva de permitir que as políticas públicas encontrem e garantam os direitos das pessoas idosas, foram criadas Redes de Assistência por meio da Portaria GM/MS nº 2.436/2017, que são arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde e social, de diferentes densidades tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial (Brasil, 2017).

E como o SUS e SUAS são sistemas fragmentados e o atual modelo de atenção à saúde e social hegemônico é totalmente inadequado para a situação epidemiológica do país, a Organização Mundial da Saúde tem recomendado a implantação de sistemas integrados ou

Redes de Atenção, com a adoção de um modelo de atenção que de fato atenda às necessidades de saúde da população (Brasil, 2017).

Essas Redes de Atenção, constituem-se como nova forma de organização da sociedade, em que há cooperação entre as unidades dotadas de autonomia, interação de agentes públicos e privados e onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã. Assim, a organização em redes surge com o objetivo de superar a fragmentação existente nos sistemas de saúde através de serviços integrados e articulados, garantindo a integralidade do cuidado (Lima; Sardinha, 2018).

O Estado do Maranhão, por exemplo, conta com órgãos, entidades e instituições da Rede de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa do Maranhão (RENADI-MA). Tratando-se de órgãos que atuam na defesa, proteção e controle social, tem-se: Conselho Estadual dos Direitos do idoso (CEDIMA); Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (CMDI); Serviço de Abordagem Social; Defensoria Pública do Estado do Maranhão, a qual abrange o Centro Integrado de Apoio e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa (CIAPVI); Pastoral da Pessoa Idosa (PPI); Casa da Mulher Brasileira; Centro de Apoio Operacional de Proteção ao Idoso e Pessoa com Deficiência (CAOP); Delegacia Estadual do Idoso e a Vara Especializada para a Pessoa Idosa. Outros órgãos importantes que compõem a rede e prestam assistência à pessoa idosa: Fórum das Entidades Maranhenses de Defesa e Direito da Pessoa Idosa (FEMADI); Comitê de Valorização da Pessoa Idosa (CVPI); Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (Lima; Sardinha, 2018).

4.2 Política de Assistência Social – PNAS

Ao longo do século XX a assistência social no Brasil não tinha o status de política pública, apenas com a Constituição Federal de 1988 tornou-se um dever do Estado e um direito do cidadão. Esta Carta Constitucional alterou legalmente o padrão de proteção social, tendo em vista que, ao incluir a política de saúde, de previdência e de assistência social, como pilares da seguridade social, estabeleceu, ao menos formalmente, um formato de proteção social mais abrangente, inclusivo e com uma orientação democrática e redistributiva. A partir desse momento, o marco jurídico-normativo dessa política social (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Brasil, 1993); a PNAS, de 2004 (Brasil, 2005); a Lei de nº 12.435, de 6 de julho de 2011 – conhecida como Lei do SUAS (Brasil, 2011b); normas operacionais etc.) construído a partir da disputa entre diferentes projetos coletivos, têm

estabelecido que as ações socioassistenciais devam ser organizadas através de um sistema descentralizado e participativo (Silva, 2020).

A Política de Assistência Social busca incorporar as demandas presentes na sociedade brasileira no que tange a responsabilidade política, objetivando tornar clara suas diretrizes na efetivação como direito de cidadania e responsabilidade do Estado, onde significa garantir a todos, que dela necessitam e sem contribuição prévia a provisão dessa proteção. A PNAS permite a padronização, melhoria e ampliação dos serviços de assistências no país. Contudo, é necessário ressaltar que a transição demográfica do Brasil, interferirá diretamente nas políticas, sendo necessário adaptações e/ou aprimoramentos para que atendam as reais necessidades (Pippi *et al.*, 2020).

Enfatiza-se que a PNAS contribuiu para a constituição do SUAS, que divide a proteção social em Proteção Social Básica e Proteção Social Especial (média e alta complexidade), pois incorporam as demandas da sociedade de um modo geral de assegurar proteção à pessoa que vive em situação de vulnerabilidade social, como é o caso de pessoas idosas, que atualmente constituem 12,7% da população brasileira (Andrade *et al.*, 2020; Silva; Honorato, 2022).

4.3 Modalidades de acolhimento para às pessoas idosas

O acelerado envelhecimento populacional brasileiro, impulsionado por profundas transformações demográficas e socioeconômicas, configura um cenário de demandas crescentes por políticas públicas direcionadas à população idosa, com ênfase na oferta de cuidados de longa duração. A complexidade dessa demanda, associada à progressiva redução da capacidade familiar em prover tais cuidados, impulsiona o debate sobre o papel do Estado nesse processo e as diferentes modalidades de acolhimento institucional. Este estudo, com base em um corpus de pesquisas sobre o tema, busca analisar políticas públicas voltadas à proteção social da pessoa idosa, com foco nas modalidades de acolhimento: **casa lar, república para idosos e família acolhedora, acolhimento institucional, centro de vivência, atendimento domiciliar e centro dia.**

a) Casa Lar

A casa lar se apresenta como uma alternativa que busca romper com o modelo tradicional de institucionalização, historicamente marcado por práticas tutelares e assistencialistas. Ao acolher grupos de até 10 idosos, esta busca promover a autonomia e a participação dos residentes por meio da convivência em um ambiente familiar, com suporte de

“pessoal habilitado, treinado e supervisionado por equipe técnica capacitada para auxiliar nas atividades da vida diária” (Medianeira, [2022], p. 8). Essa modalidade, no entanto, suscita reflexões acerca dos limites da capacidade familiar em prover os cuidados necessários, especialmente em um contexto de transformações nas configurações familiares e de crescente participação da mulher no mercado de trabalho.

b) República para idosos

A organização da república para idosos se estrutura em um “sistema que permite que seus moradores tomem as decisões com relação ao funcionamento da unidade de maneira conjunta” (Brasil, 2023a), incentivando a autogestão e a participação dos idosos nas decisões do cotidiano, mesmo que requeiram o uso de equipamentos de autoajuda (Maranhão, 2023).

c) Família acolhedora

A família acolhedora é apresentada como uma possibilidade de "ressignificação do cuidado e do afeto" por meio da convivência familiar (Prefeitura de Medianeira, 2022, p. 9). Embora não esteja prevista na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais para idosos, essa modalidade se baseia na premissa de que o cuidado personalizado em um ambiente familiar pode favorecer um envelhecimento saudável (Maranhão, 2023).

4.3.1 Acolhimento institucional

O acolhimento institucional é definido como uma modalidade de proteção social de alta complexidade do SUAS, é previsto na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução nº 109/09), e destinado ao atendimento de pessoas idosas (60 anos ou mais) de ambos os sexos, com diferentes necessidades e graus de dependência (Brasil, 2009; Maranhão, 2023). A modalidade é destinada a aqueles que não dispõem de condições para permanecerem com a família, devido a situações de abandono, violência ou negligência; que se encontram em situação de rua e de abandono; ou que têm vínculos familiares fragilizados ou rompidos (Alcântara; Camarano; Giacomini, 2016).

O Estatuto da Pessoa Idosa reitera essa lógica e a prioriza como medida de proteção, a família é o primeiro local onde o atendimento deve se dar, e somente a ela sendo considerada a principal cuidadora. Nesse sentido, as instituições surgem quando o suporte familiar não existe e apenas podem servir como um paliativo. O cuidado dentro da instituição exige que as famílias sejam consideradas parte do processo e a assistência é muito mais do que uma relação contratual; deve haver uma participação integral e humanitária dos profissionais (Brasil, 2003).

a) Centros de convivência para idosos

Os centros de convivência para idosos são espaços físicos que oferecem um ambiente acolhedor para atividades recreativas, culturais e de socialização, com o intuito de estimular o bem-estar e a qualidade de vida de idosos independentes (Brasil, 2003). São, geralmente, abertos a todos os idosos da comunidade, e podem estar vinculados a outros serviços e/ou programas sociais. No entanto, a política nacional do idoso ainda não definiu com clareza as funções e o papel desses centros, é muito pouco o que se sabe sobre a efetividade do cuidado.

b) Atendimento domiciliar

O atendimento domiciliar (AD) se destina a pessoas idosas, em situação de dependência funcional, que necessitam de apoio para a realização das atividades básicas da vida diária. Geralmente, o atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de saúde e outros profissionais da rede de assistência social. A prática do AD foi incentivada pelo Ministério da Saúde a partir do Programa de Saúde da Família (PSF) (Brasil, 2006) e da Portaria nº 2.529/2006, que reforçam a atenção integral e o atendimento domiciliar.

c) Centro-dia

Os centros-dia são estabelecimentos que oferecem atividades de cuidado e de socialização para idosos independentes ou semi-dependentes, por meio da realização de atividades de lazer e recreativas. É uma alternativa para os idosos que não desejam ou não podem residir em uma ILPI e mantêm vínculo com seus familiares. As atividades são, geralmente, ministradas no turno diurno e o idoso retorna para casa ao final do dia. Os centros-dia podem ser financiados pelo poder público ou por meio de convênios, e oferecem serviços de saúde (Brasil, 2023b).

4.4 Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs

De acordo com a RDC 502/21-ANVISA ela define uma ILPI como: “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania” (Brasil, 2021, p. 1).

As ILPIs foram, inicialmente, criadas para atender a população carente que precisava de um local de abrigo e assistência. Por esta razão, muitas instituições brasileiras se autodenominam abrigos, que geralmente surgem de forma espontânea a fim de suprir as demandas que uma comunidade apresenta. No entanto, devido à falta de políticas públicas

adequadas, essas instituições podem enfrentar desafios relacionados à qualidade dos serviços prestados, o que impacta diretamente as condições de vida dos seus residentes (Born; Boechat, 2006).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), propôs a adoção do termo “Instituição de Longa Permanência para Idosos” para refletir a nova função híbrida (assistência social e assistência à saúde) dessas instituições. Esse nome é uma adaptação do termo “*Long-Term Care Institution*” utilizado pela Organização Mundial da Saúde (Costa, 2004). Na literatura e na legislação, os termos ILPIs, casas de repouso e asilos são frequentemente utilizados de forma indiscriminada (Camarano, 2007; Camarano *et al.*, 2010). Em essência, todos se referem a domicílios coletivos que proporcionam cuidados e algum nível de serviço de saúde aos idosos.

4.4.1 História das Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPIs

A história da institucionalização da velhice teve início como uma prática assistencialista, com a caridade cristã desempenhando um papel predominante em sua implementação. Nesse contexto, a institucionalização surgiu como uma resposta à pobreza individual e familiar, e o termo “asilo” passou a ser associado a instituições destinadas a idosos em situação de carência (Christophe; Camarano, 2010).

Também, de acordo com a escritora Alcântara (2004, p. 149), o surgimento de instituições para idosos não é recente. O cristianismo foi pioneiro no amparo aos velhos: “Há registro de que o primeiro asilo foi fundado pelo Papa Pelágio II (520-590), que transformou a sua casa em um hospital para velhos”. Ainda segundo o autor, no Brasil Colônia, o Conde de Resende defendeu que soldados velhos mereciam uma velhice digna e “descansada”. Ele cita que, em 1794, no Rio de Janeiro, começou então a funcionar a Casa dos Inválidos, não como ação de caridade, mas como reconhecimento àqueles que prestaram serviço à pátria, para que tivessem uma velhice tranquila.

Nos primórdios, os “asilos de velhos” serviam para abrigar idosos em situação de pobreza e exclusão social. No Brasil, o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, criado em 1890, foi a primeira instituição para idosos no Rio de Janeiro. Em outro cenário, quando não havia instituições específicas para a pessoa idosa, estes eram abrigados em asilos de mendicância, junto com outros pobres, doentes mentais, crianças abandonadas, desempregados. No fim do século XIX, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo dava assistência a mendigos

e, conforme o aumento de internações para idosos, passou a definir-se como instituição gerontológica em 1964 (Born, 2002).

4.4.2 Resoluções da Diretoria Colegiada – RDC

A sigla RDC corresponde a “Resolução da Diretoria Colegiada” e refere-se a um conjunto de normas regulamentares que estabelece responsabilidades para empresas e profissionais, assegurando desta forma a adoção de boas práticas e a manutenção de altos padrões de qualidade nos produtos e serviços destinados à saúde da população. São normativas emitidas pela ANVISA no Brasil, regulamentando, orientando e estabelecendo normas para a segurança, eficácia e qualidade. Cada RDC aborda questões específicas, como procedimentos de registro e autorização, requisitos de fabricação e controle de qualidade, boas práticas de fabricação, e normas para a comercialização e uso de produtos, que são aplicáveis a empresas, profissionais e instituições que atuam nos setores regulados pela ANVISA. As RDCs são elaboradas e aprovadas pela Diretoria Colegiada da ANVISA, que é composta por diretores responsáveis por diferentes áreas da agência. Após a aprovação, as RDCs são publicadas no Diário Oficial da União e passam a ter validade legal, elas podem ser revisadas e atualizadas periodicamente para refletir novas evidências científicas, mudanças tecnológicas ou necessidades regulatórias emergentes.

As Resoluções da Diretoria Colegiada que tratam do funcionamento das ILPIs visam estabelecer normas e diretrizes para assegurar a qualidade dos serviços e proteção dos residentes. Entre as principais RDCs relacionadas a ILPIs, podemos destacar (Quadro 3):

Quadro 3 – Resoluções da Diretoria Colegiada de Funcionamento da ILPIs

(continua)

RDC	Normas e Diretrizes
RDC nº 309/2005	Define requisitos para a realização de procedimentos de saúde em ambientes institucionais, que podem se aplicar a ILPIs no que tange à execução de procedimentos médicos e cuidados específicos.

(conclusão)

RDC	Normas e Diretrizes
RDC nº 63/2011	Não exclusiva para ILPIs, esta resolução trata de aspectos importantes para instituições de saúde em geral, incluindo aquelas que atendem idosos. Estabelece normas para a prevenção e controle de infecções relacionadas a serviços de saúde, um aspecto crucial para garantir a segurança dos residentes em ILPIs.
RDC nº 36/2013	Estabelece diretrizes para o controle de riscos relacionados ao uso de produtos químicos em serviços de saúde, que podem ser relevantes para ILPIs, especialmente em relação ao controle de infecções e segurança ambiental.
RDC nº 48/2013	Trata das boas práticas de fabricação e controle de qualidade de medicamentos e produtos de saúde, impactando também o ambiente de cuidados em ILPIs, especialmente em relação ao uso de medicamentos e produtos relacionados à saúde dos residentes.
RDC nº 427/2020	Atualização das normas para as ILPIs, revoga a RDC nº 283/2005 e estabelece novos requisitos e diretrizes para a operação das instituições, inclui normas sobre o controle de infecções, segurança dos residentes, e cuidados específicos para a saúde e bem-estar dos idosos.
RDC nº 502/2021	Dispõe sobre o funcionamento de Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial.
RDC nº 503/2021	Estabelece requisitos e procedimentos específicos para a operação das ILPIs, focando em aspectos como a segurança alimentar, controle de infecções, e padrões de qualidade dos serviços de saúde prestados. Visa assegurar que as ILPIs mantenham altos padrões de cuidado e segurança para os residentes, e inclui orientações detalhadas sobre a gestão das instituições e a proteção da saúde dos idosos.

Fonte: Brasil (2024b).

Essas resoluções fazem parte do conjunto de normas regulatórias da ANVISA que visam assegurar a qualidade, segurança e adequação dos serviços prestados pelas ILPIs, promovendo um ambiente seguro e saudável para os idosos (Brasil, 2024b).

5 MÉTODO

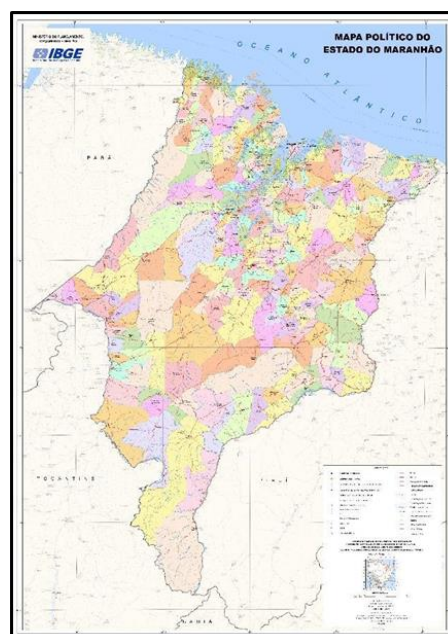
5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, que deriva de um projeto maior intitulado “Conhecendo as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) do Estado do Maranhão”.

5.2 Período e local do estudo

O estudo foi realizado no período de outubro de 2023 a junho de 2024, em municípios maranhenses que possuem ILPIs cadastradas junto ao CEDIMA. O Maranhão é uma 27 das unidades federativas do Brasil, localiza-se no extremo oeste da Região Nordeste, limitando-se aos estados do Pará (Oeste), Tocantins (Sul) e Piauí (Leste) e ao norte do Oceano Atlântico. Sua área é de 331 935,507 km², sendo o segundo maior da região nordeste e o oitavo maior estado do Brasil. Tem uma população que varia entre 6,8 a 7 milhões de habitantes. Em termos de produto interno bruto é o quarto estado mais rico da Região Nordeste brasileiro e o 17º estado mais rico do Brasil. O Estado do Maranhão possui 217 municípios (Figura 1) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022a).

Figura 1 – Mapa Político do Estado do Maranhão, 2019

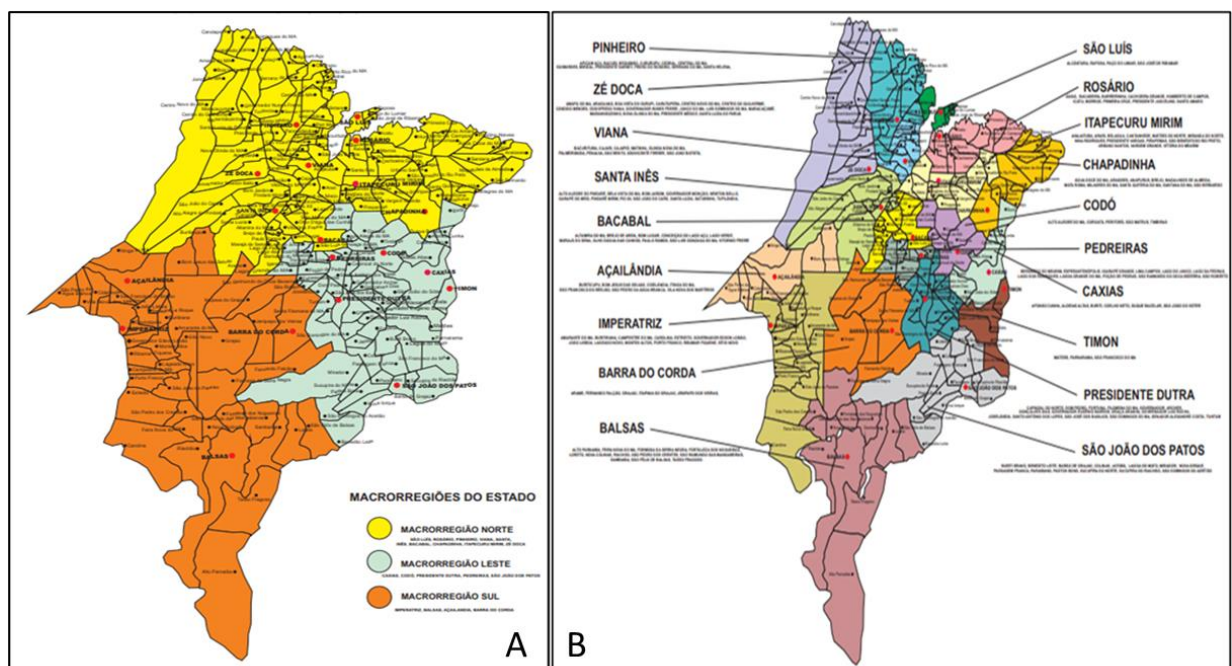


Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022a).

De acordo com o Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação entre as unidades federativas, são componentes da organização do SUS para a operacionalização de forma regionalizada e hierarquizada. Define-se como Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011a).

A Resolução nº 64/2018, da Comissão Intergestores Bipartite (2018), publicada em 28 de junho de 2018, dispõe sobre a conformação de três Macrorregiões e de dezenove Regiões de Saúde e, a saber (Figura 2 e Quadro 4):

Figura 2 – (A) Mapa das Macrorregiões de Saúde; (B) Regiões de Saúde do Maranhão, 2024



Fonte SES/MA, 2024.

Quadro 4 – Macrorregiões e Regiões de Saúde do Estado do Maranhão

MACRORREGIÕES	REGIÕES
NORTE	São Luís, Rosário, Pinheiro, Viana, Santa Inês, Bacabal, Chapadinha, Itapecuru Mirim e Zé Doca
LESTE	Caxias, Codó, Presidente Dutra, Pedreiras, Timon e São João dos Patos
SUL	Imperatriz, Balsas, Açailândia e Barra do Corda

Fonte: Comissão Intergestores Bipartite (2018).

5.3 População do estudo

O estudo abrangeu dados gerais da população de pessoas idosas, aspectos socio sanitários do Estado do Maranhão e dados de todas as ILPIs cadastradas por meio de ficha cadastral do CEDIMA, de qualquer natureza (pública, privada, filantrópica, mista), localizada em qualquer município do Estado do Maranhão.

Foram excluídas todas as instituições com inconsistências ou informações incompletas nas fichas de cadastro do CEDIMA, além das variáveis que identificaram os indivíduos, resguardando a confidencialidade dos dados de identificação.

O CEDIMA, localizado na Rua 7 de setembro, nº 52, Bairro Centro, São Luís-MA, é um órgão de caráter permanente, de natureza deliberativa, normativas, paritária, fiscalizadoras, consultivas e de avaliação da política que tem por finalidade a formulação e implantação da política do idoso. Suas competências são: propor planos, programas, estudos, debates, apoiar realizações de outros órgãos e entidades; formular política de proteção integral, supervisionar o cumprimento da legislação, incentivar a Sociedade Civil e o Poder Público nas ações, regulamentar, organizar, coordenar e adotar as atividades dos conselheiros, estabelecer critérios, formas e meios de fiscalização de atos da administração, zelar pela execução da política, receber reivindicações do movimento organizado ou as denúncias e encaminhar aos órgãos competentes, emitir parecer e consultas referente a projetos, criar condições de resgate da memória do idoso, promover a participação de ações de capacitações para os conselheiros da política e expedir inscrições as instituições da sociedade civil.

5.4 Coleta de dados e instrumentos para pesquisa

A coleta dos dados foi realizada de abril a agosto de 2024, por uma equipe de acadêmicos previamente treinados para manusear o formulário de pesquisa (Anexo A), sobre a população idosa (sexo e faixa etária predominante) e aspectos sociossanitários (taxa de analfabetismo, renda geral, índice de pobreza, abastecimento de água, rede de esgoto e coleta de lixo) dos municípios maranhenses. Os dados foram coletados pelas seguintes bases de dados secundários: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)/SUS.

E para obtenção das informações sobre as ILPIs, criou-se um formulário de pesquisa (Apêndice A), para melhor sistematizar os dados dispostos na ficha cadastral do CEDIMA.

Os dados coletados contemplaram: **Informações sobre a instituição** (Nome da instituição / Endereço / Data de fundação / Tempo de funcionamento / Natureza da instituição / Capacidade total de acolhimento / Quantidade de acolhidos na data do preenchimento do questionário) e **a Caracterização dos Residentes** (Quantidade de homens e mulheres).

5.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados específico criado no programa Microsoft Excel[®]. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão (média $\pm$ DP) e as qualitativas por meio de frequências e porcentagens. Tais dados foram analisados no programa STATA 12.0[®].

5.6 Aspectos éticos

Todas as orientações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram respeitadas e atendidas. Por se tratar de pesquisa com coleta de dados secundários sem identificação de sujeitos, fica dispensado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foram tomados todos os cuidados necessários para minimizar os riscos e danos inerentes aos sujeitos do estudo, tendo em vista as análises de dados secundários. Os benefícios desse estudo superaram os riscos, em razão da importância da ampliação do conhecimento acerca da

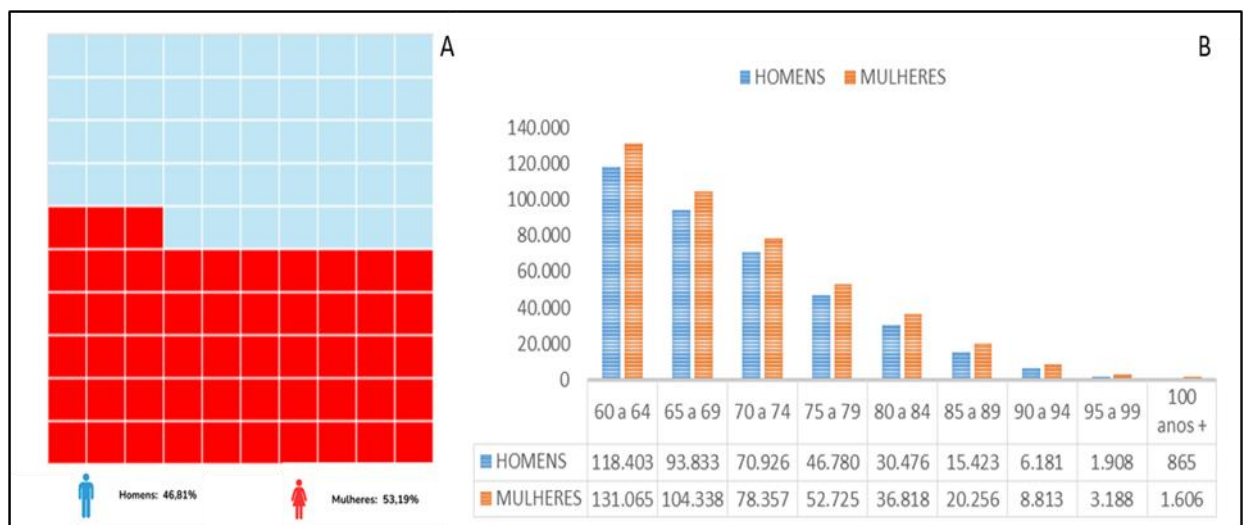
população idosa e aspectos socio sanitários, bem como a caracterização das ILPIs existentes no Estado do Maranhão.

6 RESULTADOS

O Maranhão é um Estado que apresenta uma população total de 6.776.699 pessoas, localizado no nordeste brasileiro cuja capital é a cidade de São Luís-MA. Atualmente, possui uma população de 821.961 de pessoas idosas, o que constitui 12,13% da população maranhense, e somente 22 ILPIs cadastradas no CEDIMA.

A Figura 3 demonstra a população de pessoas idosas no Maranhão, por sexo e sexo *versus* faixa etária, respectivamente. Observamos um quantitativo de 437.166 mulheres (53,19%) e 384.795 homens (46,81%) (Figura 3B). A faixa etária predominante é de 60 a 64 (n= 249.468/ 30,3%), sendo 131.065 mulheres (52,53%) e 118.403 homens (47,46%) (Figura 3A).

Figura 3 – (A) Distribuição de pessoas idosas por sexo; (B) faixa etária X sexo do Estado do Maranhão, São Luís, 2024

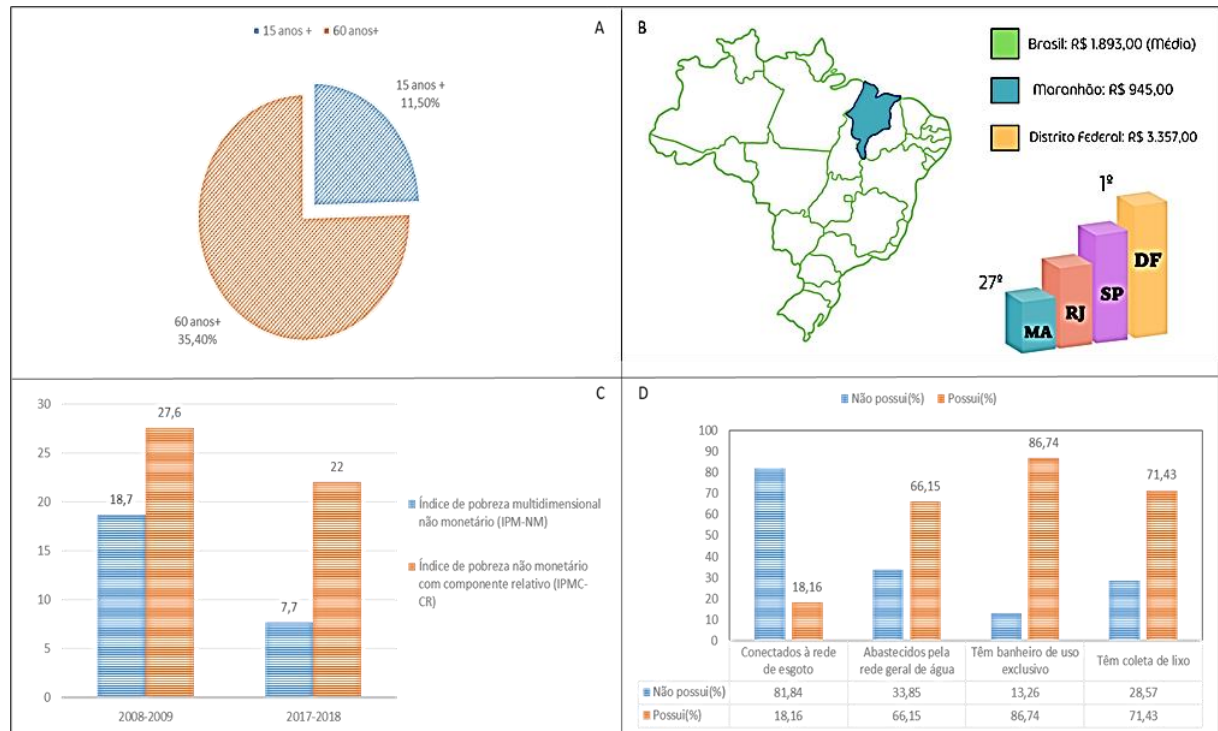


Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022b).

No que tange aos aspectos socio sanitários, observamos a Figura 4: (A) Taxa de analfabetismo, (B) Renda geral, (C) Índice de pobreza e (D) Abastecimento de água, Tratamento de esgoto e Coleta de lixo, que a população maranhense apresenta um perfil de analfabetos com 11,5% na faixa etária + 15 anos e 35,4% na faixa etária 60+, com renda média de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), o que reflete no índice de pobreza do Estado com percentual de 43,5% da população em situação de pobreza e 54,6% em situação de extrema pobreza. Quanto aos aspectos sanitários, temos a porcentagem de 81,84% para os não

contemplados com rede de esgoto, 33,85% sem abastecimento de água, 13,26% não possuem banheiro de uso exclusivo e 28,57% da população é desprovida de coleta de lixo.

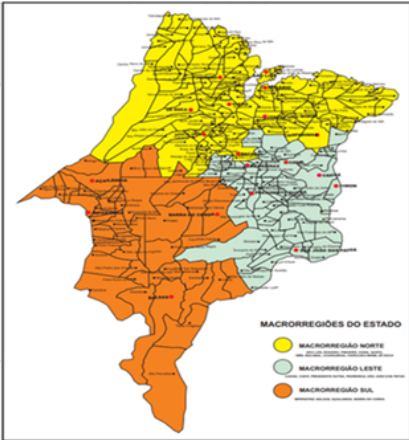
Figura 4 – Aspectos socio sanitários do Estado do Maranhão: (A) taxa de analfabetismo, (B) renda geral, (C) índice de pobreza e (D) abastecimento de água, rede de esgoto e coleta de lixo, São Luís, 2024.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022b, 2023a, 2023b, 2024).

A Tabela 1 e o mapa apresentado na da Figura 2A nos mostra a distribuição das ILPIs segundo as macrorregiões de saúde do Estado do Maranhão, onde: A macrorregião norte conta com 11 ILPIs (50%), a macrorregião sul com 7 (31,8%) e a macrorregião leste com 4 (18,2%). Os municípios com os maiores quantitativos são: São Luís-MA (N=8/36,3%); Açailândia-MA (N=2/9,1%) e Imperatriz-MA (N=2/9,1%), os demais municípios apresentam somente 1 ILPI. Vale considerar que as regiões de saúde são compostas por vários municípios, o que assegura a integralidade e a continuidade da assistência, seguindo os princípios do SUS e SUAS.

Tabela 1 – Localização das ILPIs no Estado do Maranhão, segundo Macrorregiões e Regiões de Saúde do Estado do Maranhão, 2024

Macrorregiões	Regiões	n	%	
Norte	São Luís, Rosário, Pinheiro, Viana, Santa Inês, Bacabal, Chapadinha, Itapecuru Mirim e Zé Doca	11	50	
Sul	Imperatriz, Balsas, Açailândia e Barra do Corda	7	31,8	
Leste	Caxias, Codó, Presidente Dutra, Pedreiras, Timon e São João dos Patos	4	18,2	
Total	-	22	100	

Fonte: CEDIMA, 2024.

A Tabela 2 nos informa dados quanto à natureza jurídica das instituições, onde 8 (36,3%) são filantrópicas religiosas, em sua maioria católica, 6 (27,5%) são filantrópicas não religiosas e 8 sendo 4 (18,1%) públicas e 4 (18,1%) privadas. Ressaltamos ainda, que o município de São Luís-MA possui 4 ILPIs de natureza privada, 2 de natureza pública e 2 de natureza filantrópica. Nos municípios de Açailândia-MA (N=2) e Imperatriz-MA (N=2), são todas de natureza filantrópica.

Tabela 2 – Natureza jurídica das ILPIs do Estado do Maranhão, 2024

Natureza	N	%
Filantrópica religiosa	8	36,3
Filantrópica não religiosa	6	27,5
Pública	4	18,1
Privada	4	18,1
Total	22	100

Fonte: CEDIMA, 2024.

A Tabela 3 contempla a natureza jurídica das ILPIs e sua quantidade de vagas e total de acolhidos no Estado do Maranhão. As ILPIs filantrópicas apresentam um total de 330 vagas e 319 acolhidos, as ILPIs privadas tem 84 vagas e 60 acolhidos, e as públicas tem 74 vagas e 70 acolhidos. Nessa perspectiva, identificamos que as instituições filantrópicas da

região Sul apresentam 193 vagas para 197 acolhidos, ao passo que as ILPIs da região Norte apresentam 84 vagas para 60 acolhidos. Ressaltamos que a região Sul não dispõe de ILPIs públicas e privadas.

Tabela 3 – Natureza jurídica e total de vagas por acolhidos, segundo Macrorregiões e Regiões de Saúde do Estado do Maranhão, 2024

	Pública				Filantrópica				Privada			
	Nº Vagas		Nº Acolhidos		Nº Vagas		Nº Acolhidos		Nº Vagas		Nº Acolhidos	
Macrorregiões	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Norte	64	86,5	62	88,5	68	20,6	64	20	84	100,0	60	100,0
Sul	00	0,0	00	0,0	193	58,4	197	61,7	00	0,0	00	0,0
Leste	10	13,5	08	11,5	69	21	58	18,3	00	0,0	00	0,0
TOTAL	74	100	70	100	330	100	319	100	84	100	60	100

Fonte: CEDIMA, 2024.

No que concerne ao sexo dos residentes institucionalizados por macrorregião, a Tabela 4 nos informa um perfil geral de 240 homens para 209 mulheres, perfazendo um total de 449 residentes. A macrorregião Sul possui o maior quantitativo de residentes (n=197/41,4%), precedido da macrorregião Norte (n= 186/ 41,4%) e Leste (n= 66/14,8%). Importante ressaltar que a macrorregião Norte possui o maior quantitativo de mulheres (n= 110/ 52,6%) quando comparado com as demais regiões.

Tabela 4 – Características sociodemográficas (sexo) por macrorregião de residentes institucionalizados em ILPIs maranhenses, 2024

	Sexo					
	Masculino		Feminino			
Macrorregião	n	%	n	%	n	%
Norte	76	31,6	110	52,6	186	41,4
Sul	127	52,9	70	33,4	197	43,8
Leste	37	15,5	29	14	66	14,8
Total	240	100	209	100	449	100

Fonte: CEDIMA, 2024.

7 DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e no Brasil essa tendência tem uma particularidade, o crescimento é acelerado e não acompanha o desenvolvimento socioeconômico. As mudanças demográficas ocorridas conferem ao país uma distribuição etária em que o número de pessoas idosas está ficando maior, e até 2030 será a 6ª nação com a maior população nessa faixa etária. E o Estado do Maranhão tem acompanhado esse crescimento, atualmente com 12,13% de pessoas idosas dentro da população geral do Estado (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022b; Rodrigues *et al.*, 2023). Face a isso, observamos um discreto desenvolvimento dos equipamentos socioassistenciais, como é o caso de somente 22 ILPIs maranhenses. Isso nos faz questionar a respeito de quem oferecerá cuidados para as pessoas idosas em nosso Estado: a família ou as instituições? Visto que temos observado um aumento na tendência dos casos de violência do tipo negligência e abandono de mulheres idosas no Maranhão (Castro *et al.*, 2021).

Outro ponto importante a ser mencionado e que causa grande preocupação, é o perfil socio sanitário a que a população idosa maranhense é submetida. Doravante temos 52,53% de mulheres idosas numa faixa etária predominante de 60 a 64 anos (30,3%), seguindo a tendência nacional sobre as taxas de envelhecimento do Brasil, com predomínio de baixa renda, situação de extrema pobreza, sem rede de esgoto (81,8%), sem água encanada (33,85%) e sem coleta de lixo (28,57%), o que prejudica diretamente o desenvolvimento social dessa população no nosso Estado.

Em contrapartida, os Estados da região sul e sudeste que apresentam melhores indicadores socio sanitários têm buscado melhorar a Política de Assistência Social, em especial às pessoas idosas, dado que o ambiente interfere diretamente no processo de envelhecimento e bem-estar das pessoas, além de possuir um maior quantitativo de ILPIs. Dessa forma, salienta-se que a precariedade dos serviços sanitários tende a piorar além do desenvolvimento do Estado, as condições de vida, saúde e bem-estar dos maranhenses (Tonetti *et al.*, 2018).

Indicadores como baixa escolaridade/analfabetismo e fragilidade econômica/pobreza são bem expressivos na parcela de pessoas idosas em nosso Estado, denotando a falta de assistência integral por parte do poder público, a falta de oportunidade em décadas anteriores associado ao desconhecimento da assistência da Rede e até a naturalização da violência por falta de controle social para garantia de direitos das pessoas idosas (Minayo, 2014). Ainda de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o Maranhão ocupa

a 15ª economia do país e o pior IDH do país com 0,676 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022a).

É notório que houve um crescimento do quantitativo de ILPIs no Maranhão, em 2008 eram 12 ILPIs (Camarano, 2008) e atualmente são 22 ILPIs cadastradas no CEDIMA, não acompanhando de fato, o crescimento da população de pessoas idosas no Estado. Na capital São Luís, também em 2008 eram 3 ILPIs e na atualidade são 8 instituições, em Imperatriz e Açailândia, foram duplicadas, considerando o mesmo período. Na macrorregião leste, 3 municípios (Codó, Pedreiras e Timon) passaram a ter 1 ILPI cada, denotando ainda baixo investimento desse equipamento socioassistencial, pois o Estado é composto por 217 municípios, 22 ILPIs (14 filantrópicas / 4 públicas / 4 privadas) e somente 488 vagas para atender as demandas estaduais, ou seja, a demanda ainda é maior que a oferta.

A macrorregião norte do Estado do Maranhão é a que possui maior quantidade de ILPIs (N=8/ 50%), sendo que São Luís tem o maior quantitativo (4 privadas / 2 públicas / 2 filantrópicas), esse quantitativo se dá talvez porque a capital do Estado é localizada na macrorregião norte, onde há um maior desenvolvimento socioeconômico, sendo perceptível uma maior oferta de assistência às pessoas idosas, cuidados de longa duração e a ação/intervenção da RENADI-MA, quando comparada às demais macrorregiões. A nível nacional as regiões Norte e Nordeste são menos supridas de ILPIs quando comparadas às regiões Sul e Sudeste, os Estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul são os que possuem o maior número de ILPIs, face ao quantitativo de pessoas idosas residentes e investimentos nessa área (Lacerda *et al.*, 2021).

Vale ressaltar que a inexistência de ILPIs públicas e/ou privadas em algumas macrorregiões do Maranhão, isso se talvez se justifique pela ausência de formalização de contratos, convênios e parcerias interinstitucionais, o não repasse adequado de verbas públicas de fundos voltados especificamente para suprir as necessidades das pessoas idosas e baixo investimento na área social e empreendedorismo. As poucas ILPIs que existem nas macrorregiões leste e sul, contam com auxílio de doações que não suprem com as demandas específicas dos residentes, uma vez que todos precisam de amparo social e de saúde especializados (Brasil, 2021a).

No que tange a natureza jurídica das ILPIs, no Maranhão há um predomínio de ILPIs filantrópicas, corroborando com estudos de Angelo, Silva e Lima (2011), Camarano e Kanso (2010) e Carvalho (2014). Na Política de Assistência Social, as instituições públicas são largamente insuficientes (menos de 7%) e o acesso a vagas na rede de ILPIs credenciadas carece de transparência sobre fluxos e critérios. Resta, portanto, à população menos favorecida contar

com a solidariedade da comunidade, de organizações não governamentais e de entidades religiosas, seja na forma de doações ou mesmo na oferta de vagas institucionais. Instituições filantrópicas criadas há mais de 40 anos, resistem, porém sobrevivem com poucos ou nenhum recurso (financeiros e de pessoas), com a dificuldade de renovação de lideranças para cuidar voluntariamente de algo tão complexo quanto uma instituição que deve oferecer hotelaria, cuidados e ainda gerenciar riscos para residentes e trabalhadores (Born; Boechat, 2016), é sabido ainda que, instituições filantrópicas geram menos custo mensal por residente devido a redução de impostos (Carvalho, 2014). Em contrapartida, Giacomini em estudo nacional, identificou um maior quantitativo de ILPIs privadas principalmente em São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, pois a oferta de políticas de apoio às pessoas idosas em situação de vulnerabilidade, geram a necessidade de investimentos privados neste segmento (Passos; Machado, 2021).

Sobre o sexo das pessoas idosas institucionalizadas, nosso estudo revelou uma diferença no perfil dos residentes, onde a maioria das pessoas idosas pertencem ao sexo masculino (N=240). Apesar de, em termos gerais, o Maranhão apresentar uma maior população feminina, 130 municípios têm predominância masculina, isso se reflete de forma expressiva nos resultados do estudo, que mostram que apenas na macrorregião norte há uma maior concentração de idosas do sexo feminino institucionalizadas (N=110/ 52,6%) contra (N=76/ 31,6%) masculino. Esses dados podem ser explicados pelo Censo do IBGE de 2022, que identificou maior proporção feminina nos municípios de São Luís e São José de Ribamar, ambos da macrorregião norte (Maranhão, 2024). A predominância do sexo masculino entre as pessoas idosas institucionalizadas, também foi constatada no estudo de Araújo (2021), contrariando estudos nacionais de Azevedo *et al.* (2017) e Guimarães *et al.* (2019), que apontam maior prevalência feminina entre pessoas idosas institucionalizadas no país, isso pode ser justificado por uma ocorrência regional ou temporal, onde, especificamente no Nordeste temos um perfil masculino entre os institucionalizados (Oliveira, 2024).

As limitações do estudo incluíram subnotificações de registros importantes como o grau de dependência dos residentes. Entretanto, apesar da limitação, o presente estudo destaca a necessidade urgente de maior atenção às pessoas idosas institucionalizadas no Estado do Maranhão, esse cuidado deve vir tanto de ações governamentais quanto privadas, visando garantir uma melhor manutenção da capacidade funcional dessa população, visto que, investimentos direcionados para a melhoria das condições de vida e suporte nas instituições são essenciais para promover o bem-estar e qualidade de vida destes além de mitigar os impactos do envelhecimento.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho caracterizou as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) no Maranhão, evidenciando lacunas e avanços no acolhimento da população idosa. Os resultados destacam a insuficiência de instituições em relação à demanda crescente e a concentração de ILPIs em regiões específicas do Estado.

Os aspectos socio sanitários apresentados reforçam a vulnerabilidade da população idosa maranhense, marcada por altos índices de pobreza, baixa escolaridade e acesso limitado a saneamento básico. Estes fatores não apenas afetam a qualidade de vida, mas também aumentam a dependência de políticas públicas e suporte institucional.

A predominância de ILPIs de natureza filantrópica revela a importância da atuação da sociedade civil no suporte a esta população, mas também expõe a necessidade urgente de maior investimento público e parcerias privadas. Não se trata apenas de criar novas instituições, mas de garantir a manutenção adequada e eficiente das existentes, pois sabe-se que somente com políticas integradas e ações efetivas será possível atender à crescente demanda por cuidados de longa duração no Estado.

Por fim, espera-se que este estudo contribua para fomentar discussões e ações voltadas à melhoria das condições de vida da população idosa institucionalizada, reforçando a importância de uma rede de assistência eficaz e humanizada, que promova o envelhecimento, com condições de liberdade, dignidade e cidadania.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, A. de O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2016/10/Pol%C3%ADtica-Nacional-do-Idoso-velhas-e-novas-quest%C3%B5es-IPEA.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2024.
- ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. Campinas: Alínea; 2004.
- ANDRADE, S. C. V. *et al.* Perfil de saúde dos idosos assistidos pelo Programa Acompanhante de Idosos na Rede de Atenção à Saúde do Município de São Paulo. **Einstein**, São Paulo, v. 18, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/GSf85SxYgT6QpdSPWwJzrjP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2024.
- ANGELO, B. H. de B.; SILVA, D. I. B.; LIMA, M. do A. S. Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Olinda-PE. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 663-673, 2011.
- ARAÚJO, J. M. M. **Perfil medicamentoso em uma instituição de longa permanência para idosos em um município da região tocantina do Maranhão**. 2021. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021. Disponível em: <https://rosario.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/7180/1/JoãoMarcosAraújo.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2024.
- AZEVEDO, L. M. *et al.* Perfil sociodemográfico e condições de saúde de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 19, n. 3, p. 16-23, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/19560>. Acesso em: 10 nov. 2024.
- BORN, T. Cuidado ao idoso em instituição. In: PAPALÉO NETO, M. *et al.* (org.). **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 403-13.
- BORN, T.; BOECHAT, N. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. *et al.* (org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 10 nov. 2024.
- BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011a. Disponível em:

<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=7508&ano=2011&ato=16fgXUE9UMVpWT875#:~:text=REGULAMENTA%20A%20LEI%20N%208.080,INTERFEDE RATIVA%2C%20E%20DÁ%20OUTRAS%20PROVIDÊNCIAS>. Acesso em: 7 dez. 2024.

BRASIL. Defensoria Pública da União. **Grupo de Trabalho divulga relatório de visita aos Lares de Idosos no Maranhão e Piauí**. Brasília, DF: DPU, 2021a. Disponível em: <https://direitoshumanos.dpu.def.br/grupo-de-trabalho-divulga-relatorio-de-visita-aos-lares-de-idosos-no-maranhao-e-piaui/>. Acesso em: 8 dez. 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. **Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, DF: Presidência da República, 2011b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112435.htm. Acesso em: 8 dez. 2024.

BRASIL. **Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022**. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm. Acesso em: 8 dez. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 8 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021**. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Brasília, DF: Anvisa, 2021b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf. Acesso em: 7 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)**. Brasília, DF: Anvisa, 7 mar. 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/saloes-tatuagens-creches/instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos>. Acesso em: 11 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC)**. Brasília, DF: Anvisa, 2024b. Disponível em: https://anvisa.gov.br/datalegis/net/action/ActionDatalegis.php?acao=apresentacao&cod_menu=9434&cod_modulo=310. Acesso em: 9 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 8 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 8 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 9 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde: sobre o SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 26 out. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 11 jun. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 225, p. 82, 25 nov. 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_cnas_n109_%202009.pdf. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Serviço de Acolhimento para Pessoas Idosas**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 4 dez. 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/unidades-de-atendimento/servico-de-acolhimento-para-pessoas-idosas>. Acesso em: 28 ago. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social. **Ações e programas: Sistema Único de Assistência Social-SUAS**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, 22 nov. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas>. Acesso em: 11 jun. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004**: Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. Serviços e Informações do Brasil. Rede de Assistência Social. **Centro-Dia**. Brasília, DF: 18 ago. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-centro-dia>. Acesso em: 16 ago. 2024.

CAMARANO, A. A. (coord.). **Características das instituições de longa permanência para idosos**: região Nordeste. Brasília, DF: Ipea/Presidência da República, 2008.

CAMARANO, A. A. A institucionalização da velhice no Brasil: a história das casas de repouso e asilos. *In*: CAMARANO, A. A. (org.). **A velhice e o envelhecimento no Brasil**. Rio de Janeiro: Ipea, 2007.

CAMARANO, A. A. *et al.* As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 233-235, 2010.

CAMARANO, A. A.; BARBOSA, P. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: do que se está falando? *In*: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (ed.). **Política Nacional do Idosos: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 479-514.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quaisas perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. *In*: CAMARANO, A. A. (org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CARVALHO, M. do C. B. de. Assistência social: reflexões sobre a política e sua regulação. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 87, 2006.

CARVALHO, V. L. de. Perfil das instituições de longa permanência para idosos situadas em uma capital do Nordeste. **Cadernos Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 184-191, 2014.

CASTRO, T. R. *et al.* Tendência dos casos de violência contra a pessoa idosa na região metropolitana de São Luís. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 11, n. 68, p. 7707-7718, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i68p7707-7718>.

CHRISTOPHE, F.; CAMARANO, A. A. História e evolução da institucionalização da velhice. *In*: A velhice no Brasil: Desafios e oportunidades. Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CHRISTOPHE, M.; CAMARANO, A. A. Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos. *In*: CAMARANO, A. A. (org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

COCHAR-SOARES, N. *et al.* Fisiologia do envelhecimento: da plasticidade às consequências cognitivas. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 29, p. 1-28, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/367902247_Fisiologia_do_envelhecimento_da_plasticidade_as_consequencias_cognitivas. Acesso em: 10 nov. 2024.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. Resolução nº 64, de 25 de maio de 2018. Dispõe sobre o cronograma do Processo de Planejamento Regional Integrado e a Organização de Macrorregiões de Saúde do Estado do Maranhão. **Diário Oficial do Poder Executivo**, São Luís, n. 120, p. 50, 28 jun. 2018. Disponível em: https://www.mpma.mp.br/arquivos/COCOM/Resolucao_CIBMA_nº_64_de_25_de_maio_de_2018.pdf. Acesso em: 10 nov. 2024.

COSTA, E. F. de A. **Análise de soroprevalência para as infecções pelos vírus das hepatites B e C em idosos residentes em asilos no município de Goiânia-GO**. 2004. 122 f.

Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical e Saúde Pública) – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2004.

GIACOMIN, K. C. **Envelhecimento da população brasileira**: projeções da demanda e dos custos de instituições de longa permanência para idosos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022. (Textos para Discussão, 91). Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/td-91-envelhecimento-da-populacao-brasileira-projecoes-da-demanda-e-dos-custos-de-instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos/>. Acesso em: 10 set. 2024.

GUIMARÃES, L. A. *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3275-3282, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vnhG5gXKdfhksbLF7hqYFYw/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil**: Maranhão: panorama. Rio de Janeiro: IBGE, 2022a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/panorama>. Acesso em: 7 dez. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022**: panorama. Rio de Janeiro: IBGE, 2022b. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 7 dez. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE divulga rendimento domiciliar per capita 2023 para Brasil e unidades da federação. **Agência IBGE de Notícias**, Rio de Janeiro, 28 fev. 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/39262-ibge-divulga-rendimento-domiciliar-per-capita-2023-para-brasil-e-unidades-da-federacao>. Acesso em: 7 dez. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: Brasil: Maranhão. Rio de Janeiro: IBGE, 2023a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/pesquisa/10070/64506>. Acesso em: 7 dez. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Três novos índices mostram queda da pobreza e da vulnerabilidade entre 2008-2009 e 2017-2018. **Agência IBGE de Notícias**, Rio de Janeiro, 25 ago. 2023b. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/39262-ibge-divulga-rendimento-domiciliar-per-capita-2023-para-brasil-e-unidades-da-federacao>. Acesso em: 7 dez. 2024.

LACERDA, T. T. B. de *et al.* Geospatial panorama of long-term care facilities in Brazil: a portrait of territorial inequalities. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1-8, 2021.

LEITE, A. K. *et al.* Capacidade funcional do idoso institucionalizado avaliado pelo KATZ. **Revista Enfermagem Atual in Derme**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 29, p. 101-109, 2020. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/640>. Acesso em: 7 dez. 2024.

LIMA, R. de A.; SARDINHA, A. H. de L. **Mapeamento da Rede de Atenção à Pessoa Idosa**: guia de informações úteis. São Luís: Edufma, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/937/1/Mapeamento%20da%20Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Pessoa%20Idosa.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2024.

MARANHÃO. Governo do Estado. Boletim Social do Maranhão analisa a população maranhense no Censo 2022. **Agência de Notícias**, São Luís, 30 abr. 2024. Disponível em: <https://www.ma.gov.br/noticias/boletim-social-do-maranhao-analisa-a-populacao-maranhense-no-censo-2022>. Acesso em: 10 nov. 2024.

MARANHÃO. Ministério Público do Estado. **Informações práticas sobre acolhimento para pessoas idosas**. São Luís: MPMA 2023. Disponível em: <https://www.mpma.mp.br/wp-content/uploads/2023/07/Informacoes-praticas-sobre-acolhimento-para-pessoas-idosas-1.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2024.

MEDIANEIRA. Prefeitura de Municipal. Secretaria Municipal de Assistência Social. **Protocolo para acolhimento institucional de idosos na cidade de Medianeira - PR**. Medianeira: Secretaria Municipal de Assistência Social, [2022].

MINAYO, M. C. S. Múltiplas faces da violência contra a pessoa idosa. **Mais 60: Estudos sobre Envelhecimento**, São Paulo, n. 60, p. 12-27, 2014. Disponível em: https://portal.sescsp.org.br/online/artigo/8389_MULTIPLAS+FACES+DA+VIOLENCIA+CONTRA+A+PESSOA+IDOSA. Acesso em: 7 dez. 2023.

OLIVEIRA, J. M. de. **Condições de vida e de saúde de pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência cadastradas no Sistema Único de Assistência Social brasileiro**. 2024. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2024.

PASSOS, L.; MACHADO, D.C. Regime de cuidados no Brasil: uma análise à luz de três tipologias. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 38, p. 1-24, 2021.

PERNAMBUCO. Secretaria de Assistência Social, Combate à Fome e Políticas sobre Drogas. **Sistema Único de Assistência Social (SUAS)**. Recife: SAS, 2024. Disponível em: <https://www.sas.pe.gov.br/suas/assistencia-social/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

PIPPI, G. de A. *et al.* Caracterização dos casos de violência contra idosos no município de Santa Maria. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 9-31, 2020. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/73381/64334>. Acesso em: 7 dez. 2024.

RODRIGUES, C. L. G. *et al.* Violência contra pessoa idosa: uma análise da produção científica. **Caderno Discente**, Recife, v. 8, n. 2, p. 31-47, 2023. Disponível em: <https://revistas.esuda.edu.br/index.php/Discente/article/view/864/363>. Acesso em: 15 out. 2023.

SILVA, L. M.; HONORATO, L. G. F. A atuação do assistente social frente às demandas do idoso institucionalizado: revisão integrativa de literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 8, n. 12, p. 282-296, 2022.

SILVA, R. R. Contrarreforma do Estado, gerencialismo e política de assistência social no Brasil. **Temporalis**, Vitória, v. 20, n. 39, p. 27-42, 2020.

TONETTI, A. L. *et al.* **Tratamento de esgotos domésticos em comunidades isoladas:** referencial para a escolha de soluções. Campinas: Biblioteca da Unicamp, 2018.

APÊNDICE

APÊNDICE A – INFORMAÇÕES SOBRE AS INSTITUIÇÕES MARANHENSES

ILPIs DO ESTADO DO MARANHÃO, SEGUNDO AS MACRORREGIÕES DE SAÚDE				
MACRO NORTE	REGIÃO	INSTITUIÇÃO	ENDEREÇO	DATA DE FUNDAÇÃO
	São Luís - MA	ILPI Solar do Outono	Av. Dr. Juvêncio Matos, 126 - Cohab Anil IV	10/10/1979
	São Luís - MA	ILPI Municipal- São Luís	Avenida Paulista, n.º 100, Olho D'água	28/03/1984
	São Luís - MA	Lar Bela Vida SLZ I	Rua São Luís, n.º 38, Chácara Brasil CEP: 65066-434	02/08/2019
	São Luís - MA	Lar Bela Vida SLZ II	Rua Coronel Paiva, 12, quadra 10. Jardim Eldorado.	04/10/2021
	São Luís - MA	Recanto Aconchego	Av. Ivar Saldanha, 119, Conj. Res. Araras, olho d'água CEP: 65068-480	11/03/2020
	São Luís - MA	Hospedagem para Idosos Terça da Terra Residência Sênior	Rua dos Caiapós, R. dos Guajurus, 8 - Calhau, São Luís - MA, 65071-720	22/12/2022
	São Luís - MA	ILPI Asilo de Mendicidade	Rua das Paparaúbas, 16 - Jardim São Francisco	21/04/1919
	São Luís - MA	ILPI Casa São Vicente de Paula	Rua São Vicente de Paulo, n.º 77 – João Paulo	07/11/1977
	Rosário- MA	ILPI Centro de Proteção à Pessoa Idosa – CPPIR	Rua General Lote, n.º 2433 – Centro	08/09/2020
	Bacabal- MA	Instituto Mourão – Lar do Idoso Reviver	Rua 40, casa 11, quadra J, Bosque Aracati	19/06/2023
	Vitória do Mearim - MA	ILPI O.A.M.I – Assist. a Doente, Deficiente e Desprotegido	O.A.M.I – Assist. a Doente, Deficiente e Desprotegido	11/12/2008

MACRO SUL	Imperatriz-MA	ILPI Associação Lar São Francisco de Assis	Rua Pará, nº 1177 – Nova Imperatriz	07/06/2001
	Imperatriz-MA	ILPI Lar do Idoso Renascer	Rua A, nº 03 Parque Independência, Cep:65906-210	07/04/2018
	Balsas-MA	Lar São Vicente de Paula	Rua Tenente Joca, n.º 22 – Centro	02/08/1968
	Açailândia-MA	Associação Interdenominacional Recanto dos idosos Laryssa Pereira Cutrim	Quadra 14, lote 06 Polo	12/06/2017
	Açailândia-MA	Lar Frei Daniel Associação Educadora São Francisco de Assis	Av Alexandre Costa S/N Vila Ildemar	14/09/1990
	Barra do Corda - MA	ILPI Centro Emaús Associação São Francisco	Av. Eliézer Moreira, S/N – Vila Canadá	08/01/1976
	Grajaú-MA	ILPI Casa do Idoso Raimundo Nava	Rua Pedro Lopes, nº 05, Trizidela	05/09/1979
MACRO LESTE	Caxias - MA	ILPI Lar Divina Providência	Av 04, QD 21, Casa 1729, Conj. Cohab, Nova Caxias, Caxias-MA.	06/11/2002
	Codó - MA	ILPI Casa São PIO	Rua 03, nº1052, Vila Eliane, Bairro São Francisco	07/10/2020
	Pedreiras - MA	ILPI Centro de Assistência Solidária ao Idoso	Rua Carlos Martins, 12 Bairro Seringal	20/05/1998
	Timon - MA	ILPI Casa do Idoso	Rua Coronel Falcão Número 256 Bairro Centro	28/09/2019

ANEXO

ANEXO A – FORMULÁRIO DE PESQUISA

Q	INFORMAÇÕES SOBRE A INSTITUIÇÃO
01	Nome da Instituição:
02	Endereço:
03	Data de Fundação:
04	Tempo de funcionamento:
05	Natureza da Instituição: () Pública () Privada () Filantrópica religiosa () Filantrópica não religiosa () Mista
06	Capacidade total de acolhimento:
07	Quantidade de acolhidos na data de preenchimento do questionário:
CARACTERIZAÇÃO DOS RESIDENTES	
08	Quantidade de Homens: Quantidade de Mulheres:
09	Idade Média dos Residentes:
10	Grau de Dependência: () N° Independentes () N° Semidependentes () N° Dependentes
11	Tempo Estudo dos Residentes: () 0 anos () 1 a 4 anos () 5 a 8 anos () + 9 anos
12	Condição Econômica: () N° Aposentados () N° Pensionistas () N° BPC () N° Aposent + Pensão
13	Renda Média Pessoal: () 0 a ½ salário () 1 salário () 2 a 4 salários () + 5 salários
14	N° de Residente com Deficiência: () Física () Auditiva () Visual () Mental/Cognitiva () Outras
15	N° de Residentes com Diagnóstico Médico de Demência: () Alzheimer () Frontotemporal () Lewy () Transtorno Cognitivo Leve () Vascular () Parkinson
16	N° de Residentes com Diagnóstico Médico de Doenças Psiquiátrica em Tratamento: () Depressão () Ansiedade () Bipolar () Esquizofrenia () Outros
INFRAESTRUTURA	
17	Área total (m²) da ILPI:
18	Área Construída (m²) da ILPI:
19	N° total de cômodos:
20	Espaços da ILPI: () Refeitório () Sala de Estar/TV () Sala Ecumênica/Capela () Jardim/Pátio/Quintal () Piscina () Biblioteca/Sala de Leitura () Sala de Jogos () Sala de fisioterapia/ginástica () Sala de Terapias () Sala Vestiário Funcionários () Lavanderia () Consultório médico () Consultório dentário () Posto de enfermagem () Enfermaria () Sala do Serviço Social () Banheiros () Sala da direção () Salas administrativas () Farmácia () Almoxarifado () Outros:
21	N° de Quartos:
22	N° de Leitos por quarto: () 1 leito () 2 leitos () 3 leitos () 4 leitos () + 5 leitos
23	N° Total de Banheiros para Residentes:
SERVIÇOS OFERECIDOS	
24	Tipos de Serviços Oferecidos: () Médico () Dentista () Psicológico () Fonoaudiólogo () Fisioterapia () Terapeuta Ocupacional () Ed. Físico () Enfermagem () Farmácia () Nutrição () Atividades educacionais

	☐ Arteterapia ☐ Assist. Social ☐ Outros
25	Tipos de Atividades Oferecidas: ☐ Festas comemorativas/ bailes ☐ Passeios ☐ Jogos ☐ Bazaes ☐ Atividades religiosas ☐ Arteterapia ☐ Danças, músicas, teatros ☐ Banhos em Praias/Rios ☐ Outros
26	Rede de Assistência de Saúde: ☐ SUS ☐ Particular ☐ Rede da Própria Instituição ☐ Outros
27	Nº de Profissionais Vinculados a Instituição: ☐ Médico ☐ Dentista ☐ Psicólogo ☐ Fonoaudiólogo ☐ Fisioterapeuta ☐ Terapeuta Ocupacional ☐ Ed. Físico ☐ Enfermeiro ☐ Téc. Enfermagem ☐ Cuid. Idosos ☐ Assist. Social ☐ Arte terapeuta ☐ Cozinheiro ☐ Faxineiro / Zelador ☐ Vigia/Porteiro ☐ Lavadeira / passadeira ☐ Padioleiros ☐ Outros
28	Quantidade de Profissionais por Vínculo: ☐ Contratados ☐ Cargo Comissionado ☐ Voluntários ☐ Efetivos ☐ Cedidos ☐ Voluntários ☐ Estagiários ☐ Outros