

Alzheimer e o envelhecimento da sociedade: recomendações legais no trato a idosos

Alzheimer's and the aging society: legal recommendations in treating the elderly

 **Patricia Dino Araujo**
Faculdade da Lapa, Maranhão - Brasil
patriciadino@hotmail.com

RESUMO

Garantir o envelhecimento saudável da população, com qualidade e acesso a políticas públicas em saúde, tem sido o alvo das preocupações mundiais, sobretudo da Organização Mundial da Saúde. O tema desta pesquisa trata não só daqueles que estão chegando à melhor idade, mas também e em igual importância, da família, do cuidador, bem como de instituições legalmente responsáveis pelo cuidado ao idoso diante das óbvias repercussões sociais e econômicas da questão do crescimento populacional de pessoas idosas e diante da obrigação moral da sociedade em cuidar dos mais velhos. A pesquisa partiu do método indutivo, com coleta de dados em bancos de informação públicos, como o Ministério da Saúde, de instituições que atuam na defesa dos direitos dos idosos, como o Ministério Público, e de pesquisa bibliográfica nacional e internacional para análise dos padrões de qualidade em saúde adotados no Brasil. Constata-se uma crescente preocupação do Estado Brasileiro em definir critérios e regulamentar a atuação do Sistema Único de Saúde no atendimento aos idosos, com leis e políticas próprias.

Palavras-Chave: Envelhecer; Saúde; Alzheimer.

ABSTRACT

Ensuring the healthy aging of the population, with quality and access to public health policies, has been the target of global concerns, especially the World Health Organization. The theme of this research deals not only with those who are reaching the best age, but also and in equal importance, the family, the caregiver, as well as institutions legally responsible for the care of the elderly in the face of the obvious social and economic repercussions of the question of the population growth of elderly people and in the face of society's moral obligation to care for the elderly. The research started from the inductive method, with data collection in public information banks, such as the Ministry of Health, institutions that act in the defense of the rights of the elderly, such as the Public Ministry, and national and international bibliographic research to analyze the quality standards adopted in Brazil. There is a growing concern of the Brazilian State to define criteria and regulate the performance of the Unified Health System in the care of the elderly, with its own laws and policies.

Keywords: Aging; Health; Alzheimer's.

1. INTRODUÇÃO.

Com base em pesquisa realizado pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro e de São Paulo, onde há o maior número de idosos, constatou-se que no primeiro estimam-se 380 (trezentos e oitenta) instituições de longa permanência para idosos, 260 (duzentos e sessenta) delas – 70% – situadas no município do Rio de Janeiro e, no Estado de São Paulo, são 1.423 (um mil, quatrocentas e vinte e três) entidades de acolhimento, sendo que a maioria delas – 90% ou 1.285 (um mil, duzentos e oitenta e cinco) – são ILPIs em que residem 35.491 (trinta e cinco mil, quatrocentas e noventa e uma) pessoas idosas (Mpsp, 2015, on-line).

Observa-se que o número de pessoas idosas institucionalizadas cresceu consideravelmente entre as idades mais avançadas e que o número é maior entre as mulheres. Também, o número de idosos que apresentam algum tipo de deficiência física ou mental, como a síndrome de Alzheimer, é muito maior entre os institucionalizados do que nos demais idosos, destacando a importância do papel desempenhado pelo do Ministério Público enquanto fiscal da lei.

Esta pesquisa baseada em método indutivo, teve por escopo a análise dos padrões de qualidade adotados na prestação de serviços em saúde e demais desdobramentos advindos com o envelhecimento da sociedade. Buscou-se através da técnica de coleta de dados e pesquisa bibliográfica dados estatísticos e de lei que comprovam o aumento da população idosa no país, com consequentes impactos na saúde pública e políticas de governo.

Buscou-se ainda investigar a atuação do Ministério Público, enquanto fiscal da lei, no cumprimento de normas legais por instituições de amparo ao idoso, bem como das bases legais de funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Sem deixar de lado problemas sociais trazidos com o envelhecimento populacional, tratou-se neste estudo da análise do papel desempenhado pela família do idoso portador da síndrome de Alzheimer, bem como do cuidador e sua necessária formação profissional para desempenho de uma função que só caberia a família exercer.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Dimensões da qualidade no serviço de saúde: definindo qualidade e segurança em saúde.

A busca pela qualidade nos serviços de saúde decorre da necessidade de redução dos riscos advindos do avanço das tecnologias aplicadas neste contexto, assim como da ampliação do acesso da sociedade aos diversos níveis de complexidade do sistema em questão nas últimas décadas. A própria criação das Agências Reguladoras no Brasil, em especial a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), se confunde com o processo de amadurecimento da sociedade no que diz respeito à exigência de qualificação dos serviços essenciais à vida, o que vem a contemplar os direitos de 2ª dimensão (Schiesari, 1999, p.162).

A ideia de mensurar a qualidade dos serviços em saúde começou a ser desenvolvida na década de 1960, por Avedis Donabedian, na Universidade de Michigan, dos Estados Unidos da América (EUA). Sua abordagem envolveu três principais elementos, conhecidos como a tríade *Donabediana* (1980):

- a) Estrutura: Inclui meios materiais e sociais empregados para proporcionar a prestação de cuidados em saúde (equipamentos, ambiente, capacitação, organização e gestão de pessoas);
- b) Processo: Compreende os métodos de diagnóstico e tratamento, os protocolos utilizados na prestação de cuidados, os métodos destinados a obter, por exemplo, cirurgias seguras, a minimização de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS),

entre outros. Inclui também os procedimentos administrativos e de comunicação com o paciente, e a continuidade de cuidados entre os níveis de atenção;

- c) Resultado: Estão centrados na promoção de boa qualidade da intervenção nos serviços de saúde.

Outra importante contribuição de *Donabedian (1990)* foi o estabelecimento da compilação das dimensões da qualidade, conhecida como os sete pilares da qualidade: Eficácia, Eficiência, Efetividade, Otimização, Aceitabilidade, Legitimidade e Acessibilidade.

- a) Eficácia: Consiste na habilidade da ciência e da arte da assistência em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar e representa o alicerce para a construção de uma organização focada na qualidade. Ser eficaz é comprovar a relação adequada entre os resultados obtidos e os objetivos pretendidos.
- b) Eficiência: É a relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde ou pela assistência à saúde e seu custo econômico.
- c) Efetividade: É a relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde ou pela assistência e o potencial esperado.
- d) Otimização: Consiste em produzir os melhores e máximos efeitos no grupo alvo das intervenções em saúde, o que decorre de ótimos ajustes dos processos e das tecnologias disponíveis.
- e) Aceitabilidade: Quando os usuários dos serviços de saúde percebem que o sistema capta informações de diversos fluxos para melhoria no atendimento de suas necessidades.
- f) Legitimidade: como o mais alto padrão de envolvimento social, quando os cidadãos se sentem parte integrante do processo de qualificação do sistema.
- g) Acessibilidade: Consiste na condição para alcance dos demais pilares da qualidade.

Historicamente, a evolução da qualidade pode ser resumida em quatro grandes etapas sucessivas e complementares (Ribeiro, 2010, p. 434): 1) Inspeção; 2) Controle de Qualidade; 3) Garantia da Qualidade; e 4) Gestão da Qualidade Total. A etapa de inspeção enfatiza a detecção de inconformidades ou falhas. A atitude é reativa com o propósito de evitar a repetição dos problemas que levaram às falhas. Nessa etapa, ainda não se verifica uma inter-relação entre os diferentes departamentos de uma organização. Na etapa seguinte, ou seja, a de Controle de Qualidade, é introduzido o controle estatístico do processo, o qual estabelece limites restritos de variabilidade em um processo produtivo, de acordo com as especificações estabelecidas. Apesar de a atitude ser reativa, a detecção de erros é feita durante todo o processo produtivo, procurando eliminar as causas que geraram a falha. Também não se verifica uma inter-relação entre os diferentes departamentos de uma organização.

A Garantia da Qualidade envolve um conjunto de atividades voltadas para avaliar a qualidade do produto e a qualidade do processo. Este enfoque requer a interação entre distintos departamentos da organização para a resolução dos problemas encontrados e a eliminação de suas causas. Na etapa da Gestão da Qualidade Total, a ênfase está centrada nas pessoas, propiciando a participação, formação e desenvolvimento dos profissionais. A característica principal desta etapa é a aplicação da melhoria contínua em busca da excelência organizacional. Há o envolvimento da aplicação dos princípios da gestão da qualidade em todos os departamentos da organização.

Quanto à orientação ao usuário dos serviços de saúde, para o alcance de uma assistência à saúde centrada no paciente, cinco princípios gerais devem estar envolvidos (Juran, 1990, p. 367).

1. Respeito: as necessidades e as preferências dos pacientes e de seus cuidadores devem ser respeitadas, assim como a autonomia e independência destes; 2. Poder de decisão: o paciente tem o direito de tomar decisões referentes tanto ao cuidado de sua saúde quanto aquelas que afetem sua vida; 3. Envolvimento dos pacientes na política de saúde: os pacientes e as organizações de pacientes merecem compartilhar a responsabilidade da tomada de decisões sobre política de saúde, assegurando que paciente seja um elemento central destas políticas; 4. Acesso e apoio: o paciente deve ter acesso a todos os serviços de saúde necessários, incluindo tratamentos, cuidados preventivos e atividades de promoção à saúde apropriada, segura e de qualidade; e 5. Informação: a disponibilização de informação precisa, relevante e ampla é essencial para que o paciente e seus cuidadores possam tomar decisões fundamentadas sobre seu tratamento e sobre sua convivência com a doença.

Segundo a evolução internacional para o desenvolvimento da qualidade nos serviços de saúde o governo brasileiro publicou “O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) (Brasil/Ministério da Saúde, 2007, on-line)” consiste na reformulação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), criado em 1998. O objetivo do PNASS foi avaliar todos os tipos de serviços hospitalares baseando-se nos pilares estrutura, processos e resultados. O instrumento envolve os seguintes eixos: Roteiro de padrões de conformidade, Indicadores, Pesquisa de satisfação dos usuários e Pesquisa das condições e relações de trabalho.

As iniciativas relacionadas à qualidade envolvem alguns procedimentos, dentre eles (Brasil/Agência nacional de vigilância sanitária, 2013, on-line): O licenciamento, que se refere à autorização para o funcionamento, mediante verificação dos padrões mínimos de segurança dos pacientes e proteção à saúde das pessoas, pela Vigilância Sanitária; A Certificação, que estabelece que uma organização cumpra com os requisitos normativos estabelecidos pelas normas eleitas como marco normativo. Acreditação Significa:

...um sistema de avaliação periódica, voluntária e reservada, para o reconhecimento da existência de padrões previamente definidos na estrutura, processo e resultado, com vistas a estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade da assistência à saúde e da proteção da saúde da população (Schiesari, 1999).

As instituições são certificadas segundo os requisitos das normas International Organization for Standardization (ISO) 14.000, ISO 9001, OSHAS 18.001, entre outras. Na América Latina, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) vem promovendo a discussão sobre o tema de acreditação hospitalar desde o começo dos anos 90. No Brasil, as iniciativas de melhoria da qualidade têm sido desenvolvidas, tais como o programa de acreditação hospitalar, a certificação pela ISO, o sistema integrado de gestão em organizações hospitalares, a realização de auditorias de prontuário, de contas, de riscos, entre outros (Brasil/Agência nacional de vigilância sanitária, 2011, on-line).

Uma iniciativa recente do Ministério da Saúde (MS), criada em 2011, para melhoria do desempenho da Atenção Básica é o “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB)”. Este programa propõe um incentivo financeiro variável aos municípios com valor associado aos resultados alcançados pelas equipes e pelos municípios (Brasil/Agência nacional de vigilância sanitária, 2011, on-line).

Outra iniciativa governamental foi o “Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS)”, o qual objetivou propor uma metodologia de avaliação de desempenho, sendo desenvolvido por um grupo de pesquisadores de sete instituições acadêmicas brasileiras (Brasil/Ministério da saúde, 2007, on-line). Em sua primeira fase, foi definida uma matriz conceitual, que identifica oito dimensões para a avaliação do desempenho do sistema de saúde: efetividade,

acesso, eficiência, respeito aos direitos das pessoas, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança. Equidade aparece como uma dimensão a ser considerada em todas as demais dimensões da matriz conceitual.

Já a Segurança do Paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. O tema “Segurança do Paciente” vem sendo desenvolvido sistematicamente pela ANVISA desde sua criação, cooperando com a missão da vigilância sanitária de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado (Agência nacional de vigilância sanitária, 2014, on-line).

A partir de 2004, a ANVISA incorporou ao seu escopo de atuação as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da OMS, da qual o Brasil faz parte. A Segurança é uma das dimensões da Qualidade dos serviços de saúde, sendo que qualidade e segurança são atributos indissociáveis. Os sistemas de saúde que diminuem a um mínimo possível os riscos de dano ao paciente (promovendo a segurança) estão irremediavelmente aumentando a qualidade dos seus serviços.

A gravidade do problema em questão foi esclarecida há cerca de 10 anos após a publicação do relatório “Error é humano”. O documento ajudou a catalisar um impulso para a melhoria da segurança nos serviços de saúde e levou a mudanças importantes na cultura, regulamentação, capacitação e tecnologia. De acordo com Leape (1999), para reduzir a ocorrência de erros, seria necessário mudar a forma como se pensava o erro, isto é, reconhecer a falibilidade humana e a importância do sistema para a prevenção do erro. No Brasil as falhas humanas dos profissionais de saúde são avaliadas em juízo quanto a responsabilidade civil e penal pela imprudência, negligência ou imperícia (conforme artigo 18, inc. II do Código Penal).

Na negligência, o responsável deixa de agir conforme conduta esperada e prevista para a situação. Mesmo sabendo como deveria proceder age com descuido, indiferença ou desatenção, deixando de tomar as devidas precauções. A imprudência, por sua vez, pressupõe falta de cautela. O profissional não deixa de fazer algo, não é uma conduta omissiva como a negligência. Aqui ela age, mas toma uma atitude diferente da esperada e sem o necessário zelo. Para que seja configurada a imperícia é necessário comprovar a inaptidão, ausência de qualificação técnica adequada, teórica ou prática, ou ausência de conhecimentos elementares e básicos da profissão. Todo profissional deve ser credenciado pelo órgão competente conforme a lei, quando atua sem autorização comete crime (Brasil/Casa civil. Lei N° 6.437/1977, DOU on-line)

2.2 Bases legais de funcionamento da rede do sus para atendimento ao idoso.

O Brasil envelhece rapidamente. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD Contínua) de 2017 aponta que 14,6% da população brasileira têm 60 anos ou mais de idade, correspondendo a 30,3 milhões de pessoas. O aumento da expectativa de vida consequentemente também aumentou, dos brasileiros aumentou em 3 meses e 4 dias, de 2017 para 2018, alcançando 76,3 anos. Para as mulheres, espera-se maior longevidade: 79,9 anos. Já a expectativa de vida ao nascer para os homens ficou em 72,8 anos em 2018. Esse crescimento é visto como uma conquista social, pois é consequência de melhores condições de vida, aumento nos serviços de atendimento médico, avanço na tecnologia médica, uma maior cobertura em projetos de saneamento básico, aumento de escolaridade e de renda.

Entretanto, conforme apontam dados do Ministério da Saúde e do estudo SABE (Lebrão & Duarte. 2003), a transição demográfica no Brasil está marcada por uma intensa desigualdade social. Evidenciada esta, principalmente no acesso a planos de saúde com internação por pessoas com maior escolaridade e maior renda e na destinação de atendimentos pelo SUS aos idosos com menor renda e escolaridade. Esse cenário requer respostas governamentais em políticas públicas para idosos, direcionadas às políticas de saúde, da assistência social e da previdência social, além

de novas formas de cuidado e atenção ao idoso, principalmente aos cuidados prolongados e à atenção domiciliar.

No perfil epidemiológico da pessoa idosa evidenciamos uma tripla carga de doenças, predominando as doenças crônicas, elevada mortalidade e morbidades. Onde são recorrentes doenças que causam a demência sendo mais comum o transtorno de Alzheimer. Trata-se de doença neurodegenerativa, crônica e incapacitante, que afeta a memória curta do paciente. Tem origem 70% genética, entre os fatores de risco estão as lesões cerebrais, hipertensão arterial e depressão. É identificada em pacientes com mais de 65 anos de idade e tem grande incidência, cerca de 60% dos quadros demenciais, sendo a mais prevalente no mundo todo. Atualmente, 35,6 milhões de pessoas convivem com a doença e a estimativa é de que esse número praticamente dobre a cada 20 anos, chegando a 65,7 milhões em 2030 (WHO, online).

O diagnóstico do paciente está baseado no histórico clínico, observação do comportamento e em testes de raciocínio, mas o exame definitivo é feito com a análise do tecido cerebral. Apresenta entre os sintomas a presença de distúrbios de comportamento e psicose em alguns casos. O tratamento com antipsicóticos não é recomendável devido ao número recorrente de mortes prematuras. Em 2012 a OMS alertou países membros para a necessidade de priorizar investimentos em tratamento da síndrome de Alzheimer (OMS, online).

A Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, publicou em 2014 o documento: Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de Atenção Integral (Brasil/Ministério da saúde, on-line). Visando promover uma ampliação e uniformização no atendimento e igualdade de condições no atendimento aos idosos em todo o território nacional. Os procedimentos apontados no documento e direcionados aos profissionais de saúde tiveram maior implicações na Atenção Básica, considerada porta de entrada do SUS.

O Estatuto do Idoso (Brasil/Casa civil.Lei 10.741/2003, on-line) garante os direitos da pessoa idosa e prevê o direito a saúde, à vida, à convivência familiar e comunitária. É considerado um avanço legal, entretanto apresenta lacunas de atenção por parte de políticas públicas que garantam a cobertura desses direitos pelo SUS. Em 2013 foi publicado o Decreto Presidencial Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, coordenado pela secretaria dos Direitos Humanos, com participação de doze ministérios, inclusive do Ministério da Saúde (Brasil/Ministério da Saúde. Decreto nº 9.921/2003, on-line).

O direito a saúde previsto no Estatuto do Idoso prevê:

Atenção integral à saúde da pessoa idosa, através do SUS, com dever de garantir o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, como prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso.

Direito a acompanhante em casos de internação ou observação em hospital.

Direito de exigir medidas de proteção sempre que seus direitos estiverem ameaçados ou violados por ação ou omissão, seja da sociedade, do Estado, da família, de curadores ou entidades especializadas em seu atendimento.

Prioridade na tramitação dos processos e dos procedimentos na execução de atos e diligências judiciais.

Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos devem ser objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como devem ser obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial; Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso; Conselho Nacional do Idoso.

Na legislação brasileira, é considerada idosa toda pessoa que tenha 60 anos ou mais de idade. A comprovação é feita mediante apresentação de documento oficial com foto, como a carteira de identidade. São consideradas formas de agressão contra o idoso a negligência, abandono, econômica, agressão física, sexual, psicológica e etc.

A Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde é responsável pela implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, normatizada pela Portaria GM/MS n. 2.528/2006 (Brasil/Ministério da saúde, on-line), tendo como diretrizes:

- envelhecimento ativo e saudável;
- atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- estímulo às ações intersetoriais;
- fortalecimento do controle social;
- garantia de orçamento;
- incentivo a estudos;
- pesquisas.

Sendo a Atenção Básica a porta de entrada do paciente idoso, deve esta estar preparada para o atendimento interdisciplinar que requer seu cuidado. Dentre as iniciativas propostas temos a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o Caderno da Atenção Básica (CAB 19) e a capacitação dos profissionais. O desafio reconhecido hoje mora em incluir o crescente aumento da população idosa no Brasil na agenda do governo, reivindicando ações públicas eficazes e pontuais, como a implementação de Políticas Públicas (Camarano, 2005). Além disso é necessário ampliar o acesso ao SUS e aumentar os serviços prestados conforme a necessidade do paciente, visto que o idoso necessita de atendimento multidisciplinar, potencializando o atendimento integral (Camarano, 2005).

São direitos assegurados ao idoso, pelo Estatuto do Idoso e pela lei 8.842/1994 (Brasil/Casa civil. Lei nº8.842/1994, on-line), o direito a saúde e:

- a) Atenção integral à saúde da pessoa idosa, pelo SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.
- b) Direito a acompanhante em caso de internação ou observação em hospital.
- c) Direito de exigir medidas de proteção sempre que seus direitos estiverem ameaçados ou violados por ação ou omissão da sociedade, do Estado, da família, de seu curador ou de entidades de atendimento.
- d) Desconto de, pelo menos 50% nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer.
- e) Gratuidade no transporte coletivo público urbano e semiurbano, com reserva de 10% dos assentos, que deverão ser identificados com placa de reserva.
- f) Reserva de duas vagas gratuitas no transporte interestadual para idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos e desconto de 50% para os idosos que excedam as vagas garantidas.
- g) Reserva de 5% das vagas nos estacionamentos públicos e privados.

- h) Prioridade na tramitação dos processos e dos procedimentos na execução de atos e diligências judiciais.
- i) Direito de requerer o Benefício de Prestação Continuada (BPC), a partir de 65 anos de idade, desde que não possua meios de prover sua sobrevivência ou de tê-la suprida pela família.
- j) Direito a 25% de acréscimo na aposentadoria por invalidez (casos especiais definidos em lei).
- k) Em caso de suspeita ou confirmação de violência contra idoso devem ser notificadas compulsoriamente pelos serviços de saúde pública e privados à autoridade sanitária, e devem ser obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso; Conselho Nacional do Idoso;

2.3 Atuação do ministério público na defesa da pessoa idosa.

Até 2025, o Brasil será o sexto país com maior número de pessoas idosas, pelo menos segundo dados da Organização Mundial de Saúde – OMS, que ainda prevê que até essa data teremos mais idosos do que crianças no planeta.

Com base em dados coletados pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro e de São Paulo, Estados onde há o maior número de idosos brasileiros, evidencia-se que no Rio de Janeiro estimam-se 380 (trezentos e oitenta) instituições de longa permanência para idosos, 260 (duzentos e sessenta) delas – 70% – situadas no município do Rio de Janeiro e, no Estado de São Paulo, são 1.423 (um mil, quatrocentas e vinte e três) entidades de acolhimento, sendo que a maioria delas – 90% ou 1.285 (um mil, duzentos e oitenta e cinco) – são Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs, em que residem 35.491 (trinta e cinco mil, quatrocentas e noventa e uma) pessoas idosas (Mpsp, 2015, on-line).

Apresentando estudos realizados por Boechat no ano de 2000, citado por Amendoeira (2000), encontram-se os seguintes fatores de risco para internação no Brasil: síndrome de imobilidade, múltiplos problemas médicos, depressão, demência, alta hospitalar recente, incontinência, ser mulher, ter idade acima de 70 anos, ser solteiro, sem filhos, viúvo recente, morar sozinho, isolamento social (falta de apoios sociais) e pobreza (Amendoeira, 2000). Observa-se que o número de pessoas idosas institucionalizadas cresceu nas idades mais avançadas e é maior entre as mulheres. Constata-se ainda, que número de idosos que apresentam algum tipo de deficiência física ou mental, como a síndrome de Alzheimer, é maior entre os institucionalizados do que nos demais idosos, dando destaque ao tema ora enfrentado pelo Conselho Nacional do Ministério Público (Camarano, 2005).

No Brasil, de dimensões e diversidades continentais, também o serviço de acolhimento mostra padrões diferenciados. No sul, por exemplo, foi detectado pelo Ministério da Saúde um número maior de pessoas idosas com doenças crônico-degenerativas, que obviamente, demandam uma preparação maior das ILPIs quanto ao atendimento e aos tratamentos do idoso, bem como de toda a rede de saúde e assistencial. No sudeste, registra-se aumento de idosos que desejam a institucionalização por opção individual, o que exige aceitação às particularidades dessas pessoas (Mpsp, 2015, on-line).

O § 1º do artigo 230 da Constituição Federal está excepcionado o atendimento institucional, pois prescreve que os “programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares”. Já a Lei nº 8.842 (Brasil/Casa civil, on-line) de 4 de janeiro de 1994, traçou nacionalmente as políticas públicas em prol da manutenção do idoso em seu lar e excepcionou o que denominou

de atendimento asilar, sob o critério da visão socioassistencial, diferenciando-o do atendimento de longa duração com necessidades médicas ou de enfermagem.

No respectivo regulamento, Decreto n.º 1.948 de 3 de julho de 1996 (Brasil/Casa civil, on-line), a mesma modalidade foi definida como equipamento de caráter social, e foi impresso forte estímulo ao fomento da prestação de assistência social junto às organizações não governamentais, impulsionando a regulamentação administrativa dos equipamentos de longa duração somente na área da assistência social.

Adisponibilização de recursos públicos nas três esferas de governo e do envolvimento e participação de cidadãos organizados civilmente, entidades representativas de idosos, profissionais, conselhos de direitos, das famílias e do Ministério Público é fundamental na cobrança para garantir ações eficazes de fiscalização da lei e do cumprimento das mesmas nas instituições que se dedicam ao cuidado com o idoso.

Atualmente, nem todas as famílias podem cuidar de seus idosos, devido à crise econômica e às transformações no mundo do trabalho, sendo tendência mundial a institucionalização. As famílias necessitam de apoio legal e orientações, suporte psicossocial e acesso à rede de serviços para o trato do idoso por parte do Estado, o que não está totalmente delimitado na legislação brasileira. Assim, assume o Ministério Público o papel fundamental de despertar na sociedade o respeito e o conhecimento pelas necessidades das pessoas idosas bem como de defender seus direitos e interesses (Brasil/Casa civil. Lei 8.625/1993, on-line), para que elas tenham voz dentro segmentos sociais e lhes seja propiciado o bem-estar merecido durante o envelhecimento.

Assim, importante destacar que nos termos do artigo 25, VI, da Lei Federal 8.625/93, e do artigo 74, VIII, da Lei 10.741/2003, uma das mais destacadas responsabilidades do Ministério Público em relação às pessoas idosas é a de exercer a fiscalização dos estabelecimentos que as acolhem permanentemente pessoas idosas, pois estão em sua maioria, desamparadas das famílias e impedidas de exercer plenamente os direitos correspondentes à cidadania. Residir em ILPI é um direito assegurado à pessoa idosa, quando assim o desejar (art. 37, Estatuto do Idoso), e a tendência natural de aumento da população com mais de 60 anos levará também ao crescimento proporcional das entidades de longa permanência particulares, com baixo custo e precariedade de serviços, especialmente se considerada a insuficiência das políticas públicas voltadas ao envelhecimento ativo e a manutenção de políticas de renda como a do benefício de prestação continuada.

Ao Ministério Público foi confiada pela Constituição Federal de 1988, pela Lei 8.625/93 (Brasil/Casa civil, on-line) e pela Lei 10.741/2003 (Brasil/Casa civil, on-line) a defesa dos direitos e garantias constitucionais da pessoa idosa, por meio de medidas administrativas e judiciais, competindo-lhe em especial:

Atender às pessoas idosas e receber representação ou petição (art. 5º, XXXIV, a, da CR/88) de qualquer pessoa ou entidade, para a defesa dos interesses da pessoa idosa, por desrespeito aos seus direitos assegurados na Constituição Federal e demais normas pertinentes;

Realizar visitas e fiscalizar as entidades que prestam serviços de longa duração para idosos (artigos 5º a 48 da Lei 10.741/2003);

Examinar quaisquer documentos, expedientes, fichas e procedimentos relativos à pessoa idosa, podendo extrair cópias, observando-se, se for o caso, o sigilo;

Requisitar instauração de inquérito policial, realização de diligências investigatórias, elaboração de laudos e tomar medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis;

Instaurar procedimentos administrativos, inquéritos ou sindicâncias;

Promover ação civil pública e ação penal pública para a defesa dos interesses dos idosos;

Representar à autoridade competente para adoção de providências que visem sanar omissões, prevenir ou corrigir irregularidades no tratamento dos idosos;

Sugerir ao Procurador-Geral de Justiça eventuais alterações legislativas, ou mesmo às instituições, de nova legislação sobre a pessoa idosa;

Propor ao Procurador-Geral de Justiça a celebração de convênios com instituições públicas ou privadas, para obtenção de dados estatísticos ou técnicos necessários à promoção de medidas imprescindíveis à garantia ou ao reconhecimento de direitos dos idosos;

Apresentar sugestões ao Procurador-Geral de Justiça para elaboração ou aprimoramento da política institucional de defesa da pessoa idosa;

Acompanhar os trabalhos das comissões técnicas em todas as esferas dos poderes, apresentando sugestões para a edição ou alteração de normas, objetivando a melhoria dos serviços prestados ao idoso e à plena defesa dos seus interesses;

Divulgar os trabalhos e a Política Institucional na área da defesa dos direitos da pessoa idosa;

Implementar a criação ou o aperfeiçoamento do Conselho do Idoso, mantendo contatos com ele e outras entidades na promoção da política de bem-estar dos idosos para, em conjunto, buscar solução mais satisfatória aos seus interesses;

Atuar em todas as representações, procedimentos, inquéritos e processos que tratem da condição da pessoa idosa;

Proporcionar condições de implementação da Política Nacional do Idoso, em conjunto com o governo e a sociedade civil;

Atuar como substituto processual do idoso em situação de risco, conforme o disposto no art. 43 da Lei 10.741/2003;

Promover a revogação de instrumento procuratório do idoso, nas hipóteses previstas no art. 43 da Lei 10.741/2003, quando necessário ou o interesse público justificar.

Entretanto, a atuação fiscalizadora do Ministério Público não deve ser repetitiva ou substitutiva daquela que deve ser feita pelos órgãos sanitários e/ ou assistenciais. A ação do Ministério Público deve ser principalmente o da observância quanto ao cumprimento da legislação, inclusive, pelos demais órgãos fiscalizadores, e, principalmente, a observância do bem-estar dos residentes, se lhes estão sendo respeitadas em suas necessidades.

2.5 A visão do cuidador e da família do paciente.

O envelhecimento da população é um fato que tem levado à inúmeras discussões inclusive, ao alerta dado pela Organização Mundial da Saúde sobre o aumento do número de pessoas com síndrome de Alzheimer e a necessidade de políticas públicas para atender a demanda. Esse processo envolve dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais que afetam o estilo de vida e a forma do envelhecer humano.

Com o aumento da longevidade da população é necessário atenção às necessidades dos idosos, pois os cuidados terão duração temporária ou permanente, nas atividades de vida diária. Para

auxiliá-los nesta fase da vida, proporcionando um melhor atendimento e qualidade de vida a estes idosos existem pessoas especialmente capacitados a prestar os devidos cuidados. Para tanto, estes denominados cuidadores de idosos devem estar preparados para exercer esta tarefa, pois a função exige conhecimento sobre as alterações decorrentes do processo de envelhecimento natural, sobre as doenças crônicas típicas dessa fase do ciclo de vida como a síndrome de Alzheimer e, principalmente, das situações que permeiam as síndromes geriátricas, bem como o entendimento do contexto psicológico e da dinâmica familiar do paciente.

Entende-se por cuidador a pessoa que cuida de bebês, crianças, jovens e adultos, a partir de critérios estabelecidos por instituições especializadas ou pelos responsáveis diretos. Estes devem priorizar o bem-estar, a saúde, a alimentação, a higiene pessoal, a educação, a cultura e a recreação da pessoa atendida. É uma profissão reconhecida e inserida na Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego com o Código 5162-10 (Cuidador de pessoas idosas e dependentes e Cuidador de idosos institucional).

A capacitação é exigida aos profissionais que atuam em Instituições de Longa Permanência para idosos. O cuidador formal da pessoa idosa no Brasil é aquele que recebeu formação especial, ou seja, capacitação profissional para atuar neste campo e pode-se empregar como um assalariado, na moradia de uma pessoa idosa, em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI) ou em outros lugares que ofereçam serviços especiais para pessoas idosas. Podemos destacar algumas modalidades adotadas no Brasil: Grupo e Centro de Convivência (idosos independentes e familiares); Centro-Dia (idosos com limitações para realizar AVDs); República (residência para idosos independentes, co financiada com seus recursos); Família Natural (idosos independentes que são cuidados por sua própria família) (Mpsp, 2015, on-line). Em qualquer hipótese, o que se tem de ter por objetivo, muito mais do que o acolhimento, seja temporário ou permanente, é o cuidado integral, que, segundo Vasconcelos (2000), implica função física, psicológica, relacional, material, e para tal demanda é indispensável a disponibilização de determinadas condições econômicas e sociais que viabilizem o cuidado”.

O cuidador que exerce suas funções em um estabelecimento, isto é, hospital, clínica ou ILPI, deverá ter contrato de acordo com a CLT. Se exercer suas funções em residência familiar, será abrangido pela legislação do empregado doméstico. O registro na carteira de trabalho e previdência social deve ser feito na ocupação de serviço doméstico: cuidador de idoso, e para o recolhimento do INSS utiliza-se o código 1600.

A função é reconhecida apenas como ocupação e não como profissão, pois os cursos que capacitam o cuidador da pessoa idosa não estão devidamente regulamentados. Sabe-se que está em trâmite no Congresso Nacional o Projeto de Lei n.º 76, de 2020 para definir e delimitar a atuação desses profissionais. Não há uma padronização e normas ou procedimentos fixos sobre o conteúdo ou de horas mínimas obrigatórias para eles, sendo atualmente atribuídos em conformidade com a CLT, a critério do profissional ou da entidade que os organizam.

Em relação à idade, aceita-se que seja maior de 18 anos, quanto à escolaridade mínima exigida, aceita-se que deve ter completado o correspondente ao ensino fundamental. O curso de formação normalmente tem o mínimo de 100 horas de duração, sendo 80 horas/aulas teóricas e 20 práticas, abordando diversos aspectos do envelhecimento, condições para manter uma boa saúde, doenças mais comuns que ocorrem na velhice, as relações interpessoais: idoso x família x cuidador, informações sobre rede de serviço e legislação, a ética e a função do cuidador e, finalmente, o autocuidado do cuidador. Nas aulas práticas deverão ser trabalhadas as diversas funções do cuidador da pessoa idosa, de modo a colocar em prática os conhecimentos adquiridos em sala de aula (Vasconcelos, 2002).

Além destes requisitos, admite-se que o cuidador deverá ter algumas qualidades físicas e intelectuais, como: deve ter boa saúde física, com condições de ajudar e apoiar o idoso em suas atividades diárias. Também deve ter condições de avaliar e decidir em situações emergenciais

que necessitem de iniciativas e ações rápidas. Deve ter capacidade de ser tolerante e paciente. Deve ter sensibilidade aos momentos difíceis pelos quais a família ou a pessoa idosa podem estar passando, o atendimento deve ser humanizado, pois com a diminuição da capacidade física e mental do idoso, refletindo em seu papel social e familiar, podem afetar seu humor e dificultar as relações interpessoais. Deve ter capacidade de observação, o cuidador deve estar atento às alterações que a pessoa idosa pode demonstrar, no campo emocional ou físico, pois podem apresentar sintomas de alguma doença.

Dever ter qualidades éticas e morais, o cuidador precisa ter atitude de respeito e dignidade ao tratar a pessoa idosa e nas relações com ele e com sua família, além de respeitar e preservar a intimidade, a organização e crenças da família, evitando interferências e, exercendo assim a ética profissional. Deve acima de tudo, o cuidador ter responsabilidade, lembrar sempre que a família, ao entregar o idoso aos seus cuidados está lhe confiando uma tarefa reservada à ela e que portanto espera que seja desempenhada com todo o carinho e dedicação. Como em qualquer trabalho, a pontualidade, assiduidade e o compromisso contratual devem ser respeitados.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A complexidade do trabalho em saúde aumenta os riscos, demandando a aplicação de um conjunto de medidas de prevenção dos riscos relacionados à assistência e um atendimento de alta qualidade em favor da segurança do paciente nos serviços de saúde. Assim, cada vez mais podem ser verificados os esforços para melhorar a segurança, a qualidade e a satisfação do paciente em todo o mundo. Sabe-se que a segurança do paciente é um subconjunto da questão mais ampla da qualidade da assistência em serviços de saúde. Para esse alcance, é imprescindível a organização do sistema de saúde com investimentos significativos em pesquisa, melhor capacitação de profissionais de saúde, construção de sistema de informação, entre outros.

Nesse ambiente, os incentivos estão mudando da promoção do melhor cuidado para a promoção do melhor atendimento com menor custo. E todas essas atividades de melhoria da qualidade e segurança do paciente são relevantes para o trabalho cada vez mais importante de remoção de desperdícios e custos desnecessários do sistema de saúde. Um importante desafio para as autoridades nacionais de saúde envolve a mensuração do desempenho e a mudança necessária de práticas e sistemas principalmente em relação às questões da segurança do paciente em serviços de saúde.

CONFLICT OF INTEREST

There is no conflict of interest.

Funding

There is no funding for this research.

Agradecimientos

N/A

REFERÊNCIAS

- Amendoeira, M. C. R. et al. (2000). O sentimento de isolamento social em idosos de uma instituição do Rio de Janeiro. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, 95(75), 39-46.
- Anvisa, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2014). *Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde*. ANVISA.
- Camarano, A. A. et al. (2005). *Idosos Brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*. Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos.
- Donabedian, A. (1980). Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In, A. Donabedian. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1990). *The seven pillars of quality*. Arch Pathol Lab Med.
- Juran, J.M. (1990) *Planejando para a qualidade*. Pioneira.
- Leape, L. (2009). *Errors in Medicine*. Clin Chim Acta.
- Lebrão, M. L., & Duarte, Y. (orgs.) (2003). *SABE—saúde, bem-estar e envelhecimento: o projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Organização Pan-Americana da Saúde.
- MPSP, Ministério Público do Estado de São Paulo (2015). *Relatório Estatístico sobre as Entidades de Longa Permanência e a Pessoa Idosa Institucionalizada no Estado de São Paulo – 2015*. <https://cutt.ly/qfhtZUK>
- Ribeiro, M. J. F. (2010). Qualidade nos Serviços de Saúde. In, P. Zucchi, M. B. Ferraz. (Editores). *Guia de economia e gestão em saúde. Séries guias de Medicina ambulatorial e hospitalar*. Manole.
- Schiesari, L. M. C. (1999). *Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas*. São Paulo.
- Vasconcelos, E. M. [org.] (2002). *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. Cortez.
- WHO, World Health Organization. (2004). *Patient safety – a global priority*. Bull World Health Organ.

Otras fuentes:

- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. (2013). Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. *Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências*. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. (2011). Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº. 63, de 25 de novembro de 2011. *Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde*. Diário Oficial da União, 28 nov 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Diretrizes Para O Cuidado Das Pessoas Idosas No Sus: Proposta De Modelo De Atenção Integral Xxx Congresso Nacional De Secretarias Municipais De Saúde*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acessado em 01 de maio de 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2019). Decreto Nº 9.921, de 18 de julho de 2019. *Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9921.htm#art48. Acessado em 01 de maio de 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007). *Programa nacional de avaliação de serviços de saúde – PNASS. Resultado do processo avaliativo 2004- 2006*. Brasília: 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde (2006). Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. *Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.
- Brasil. Casa Civil (1993). Lei nº 8.625, de 12 de fevereiro de 1993. *Institui a Lei Orgânica Nacional do Ministério Público. Dispõe sobre normas gerais para a organização do Ministério Público dos Estados e dá outras providências*. <https://cutt.ly/4faPpsm>
- Brasil. Casa Civil (2003). Lei nº 10.741/2003 - Lei Especial - *Estatuto do Idoso*. <https://cutt.ly/XfaPp9Z>
- Brasil. Casa Civil (1994). Lei nº 8.842/1994 - *Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, 1994.
- Brasil. Casa Civil (1996). Decreto nº 1.948/1996 - *Regulamenta a Lei 8.842 de 1994 e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.
- Brasil. Casa Civil (2001). Portaria nº 73, de 2001 - *Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil, Secretaria de Políticas de Assistência Social Departamento de Desenvolvimento da Política De Assistência Social, Gerência de Atenção a Pessoa Idosa*. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.
- Brasil. Casa Civil (1977). Lei nº 6.437, 1977 - *Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, 1977.

AUTHOR

Patricia Dino Araujo, Bacharel em Direito. Especialista em Direito Administrativo e Gestão Pública.