

ANEXOS CAPÍTULO 24 SOBRE ILPI

Apêndice A – Planejamento da primeira oficina de planejamento integrado de ações como ferramenta para qualificação da assistência em saúde em ILPIs

HORÁRIO	ATIVIDADE	OBJETIVO	DESENVOLVIMENTO	RECURSOS
9:00 – 9:15	Objetivos do dia	Apresentar os objetivos do dia: -levantamento dos problemas e identificação das propostas de solução -integração das equipes do NAI e ILPI	Exposição oral	
9:15 – 9:35	Apresentação individual	Integrar os grupos do NAI e ILPI	Coordenador pede que as pessoas digam o que querem conhecer uma das outras. Feito consenso, cada profissional se apresenta com o nome, profissão e o item consensuado	Porta- Crachás (30)- 16 funcionários da ILPI e 9 profissionais do NAI Cartolinas coloridas para os crachás (8 cores diferentes- cada profissão uma cor) Canetas pilots
9:35 – 09:45	Levantamento dos problemas	Identificar os problemas na ótica dos profissionais da ILPI	Cada profissional escreve 3 problemas que mais o incomodam no trabalho	Folhas de papel A4 Canetas hidrocor

9:45 – 10:15	<p>Consenso nos grupos</p> <p>Em cada grupo haverá um coordenador, um relator e uma pessoa para controlar o tempo</p>	<p>Dividir o grupão em grupos com profissionais das duas equipes e de profissões diferentes (em torno de 4 grupos : 4 profissionais da ILPI e 2 do NAI)</p>	<p>Discutir as listas individuais e consensuar um problema que esteja sob nossa governabilidade e que represente o grupo. Refletir em conjunto sua causa, consequências e propostas de solução</p> <p><u>OBS: Recolher os problemas individuais não escolhidos para que a equipe NAI possa visitá-los em momento posterior</u></p>	<p>Folhas de papel A4</p> <p>Canetas hidrocor</p>
10:15- 10:35	Apresentação	Apresentar os problemas ao grupo maior	Cada grupo apresenta seu problema, suas causas e soluções ao grupo maior	<p>Papel pardo</p> <p>Cola ou fita crepe</p>
10:35- 11: 05	Debate	Debater os problemas com o grupo maior	Os grupos debatem os problemas, causas e soluções	
11:05-11:30	Sistematização	Organizar as ideias apresentadas	Sistematização do que foi dito	<p>Papel branco na parede</p> <p>Canetas pillot</p>
11:30-11:50	Fechamento	Finalizar a oficina fazendo uma avaliação	<p>Cada pessoa (que desejar) completa a frase com uma palavra :</p> <p>Que bom que...</p> <p>Que pena que...</p> <p>Que tal ...</p>	<p>Papel branco na parede</p> <p>Canetas pilots</p>

Apêndice B – Planejamento da segunda oficina de planejamento integrado de ações como ferramenta para qualificação da assistência em saúde em ILPIs

HORÁRIO	ATIVIDADE	OBJETIVO	DESENVOLVIMENTO	RECURSOS
9:00 – 9:15	Objetivo do dia	Apresentar o objetivo do dia: -Discutir as propostas de solução e traçar os planos de ação de forma conjunta entre ILPI e NAI	Exposição oral	
9:15 – 9: 25	Reapresentação	Integrar os grupos da UERJ e ILPI	Coordenador pede que cada profissional escolha um crachá e entregue-o ao outro (da outra equipe) apresentando-o ao grupo (nome e profissão). Quem não participou da primeira oficina se apresenta.	Crachás já confeccionados na oficina anterior
9:25 – 09:40	Resgate da 1ª Oficina	Relembrar a metodologia e os resultados	Coordenador pede auxílio para mais profissionais da ILPI relembrarem a Oficina e expor brevemente os resultados	Cartazes da 1ª Oficina (principalmente os problemas e propostas). A avaliação (que pena, que bom e que tal) será apresentada em slides por meio de nuvem de palavras Fita crepe Papel pardo Data show

<p>9:40– 10:20</p>	<p>Dividir as equipes (ILPI e Nai) em grupos Em cada grupo haverá um coordenador, um relator e uma pessoa para controlar o tempo</p>	<p>Traçar os planos de ação para as propostas da Oficina I</p>	<p>Dividir os profissionais nos mesmos grupos da Oficina I . Solicitar a eles que pensem sobre a necessidade ou não de acrescentar mais alguma proposta e se realmente as propostas apresentadas resolvem os problemas Solicitar que os grupos escolham as propostas prioritárias e que estejam mais sob nossa governabilidade . Cada grupo vai discutir e consensuar os planos de ação Os planos de ação deverão ser registrados em folha de papel A4 para posterior fixação em cartaz (ação; responsável pela ação; prazo para execução e data para avaliação) O plano de ação deverá responder ao problema</p>	<p>Papel A4 Canetas hidrocor Canetas Pillot Fita crepe Papel pardo (4 folhas: 1 para cada grupo)</p>
--------------------	--	--	---	--

10:20 -11:20	Apresentação e debate	Apresentar os planos de ação para o grupo maior e debatê-los pensando na interdisciplinaridade	Cada grupo apresenta e debate seus planos com o grupo maior	
11:20- 11:45	Encerramento	Finalizar a oficina fazendo uma avaliação	Cada pessoa pega um objeto que represente como ela se sente em relação à Oficina realizada	Objetos listados (óculos, vela, rádio, cola, elástico, borracha, bússola, etc) e filmadora para registro da atividade

Apêndice C – Planejamento da terceira oficina de planejamento integrado de ações como ferramenta para qualificação da assistência em saúde em ILPIs

HORÁRIO	ATIVIDADE	OBJETIVO	DESENVOLVIMENTO	RECURSOS
	Avaliação de entrada	Avaliar como os participantes estão se sentindo antes do início da Oficina	Os participantes escreverão em uma palavra como estão chegando à Oficina	Papel Craft Canetas Pilots Fita crepe
9:00– 9:15	1-Informes sobre o andamento dos projetos 2-Objetivo do dia	1-Apresentar o andamento dos projetos 2-Apresentar o objetivo do dia e os convidados	Um membro da equipe NAI falará sobre o andamento da mobilização política e a comunicação interprofissional Outro membro falará sobre a proposta de Educação Continuada Um terceiro membro falará do objetivo da Oficina	

9:15-10:45	Dinâmicas de interação	Integrar os grupos da UERJ ILPI, mobilizando comunicação, respeito, empatia, escuta, disponibilidade, vínculo, flexibilidade, compromisso e tolerância.	Dinâmicas : 1-Bola com nome (20 min) 2- 1,2,3,4,5,6... (5 min) 3- Bola de tênis (20 min) 4- Orquestra de movimentos (10 min) 5- Eu guio, vc confia (30 min) 6- Tuê, Tuê (10 min)	Papel Craft Canetas Pilots Fita crepe Som CDs
10:45-11:40	Debate e reflexões sobre as dinâmicas	Refletir sobre a importância da comunicação, respeito, empatia, escuta, disponibilidade, vínculo, flexibilidade, compromisso e tolerância para o trabalho em equipe	O grupo sentará em roda e será levantado um debate sobre as dinâmicas	
11:40-11:50	Avaliação da atividade	Avaliar como os participantes estão se sentindo depois da Oficina	Os participantes escreverão em uma palavra como estão saindo da Oficina	Papel Craft Canetas Pilots Fita crepe

Apêndice D – Descrição dos instrumentos de avaliação e principais resultados na Primeira experiência do NAI em ILPIs

Foram realizadas entrevistas sociais com os idosos e avaliações clínicas, além de revisão dos prontuários. Para avaliação de déficit visual e auditivo usou-se o cartão de Jaeger e o teste do sussurro. Investigou-se a presença de incontinência urinária e o uso de fraldas. Em relação à avaliação de mobilidade, utilizou-se o teste “timed get-up and go” (TUG) e o questionamento sobre a incidência de quedas. Para a avaliação cognitiva, foram utilizados o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), o Teste de Fluência Verbal – categoria animais e o Teste do Desenho do Relógio (TDR). Na avaliação da capacidade funcional, a escala de Lawton não foi utilizada pois as idosas não tinham autonomia para exercer atividades fora da instituição. Portanto, foram avaliadas apenas as atividades básicas da vida diária (AVD), através da escala de Katz.

Foi identificado que a institucionalização se deu por vontade própria em aproximadamente 1/3 dos casos, tendo como principais motivos a solidão e conflitos familiares. Quanto à avaliação funcional, identificou-se que mais da metade dos indivíduos tinham déficit visual e incontinência urinária e aproximadamente 1/3 déficit auditivo. Em relação à mobilidade também mais da metade do grupo apresentou anormalidades no TUG, no entanto o relato de quedas no último ano foi baixo. Em relação à avaliação cognitiva, 30% não conseguiram realizar os testes. A média encontrada do MEEM foi baixa e em 90% dos casos o teste do relógio foi anormal. Quanto às atividades da vida diária identificou-se 25% de idosos parcialmente dependentes e quase metade totalmente dependentes. Em relação às comorbidades, a totalidade dos avaliados apresentava minimamente uma doença crônica, havendo 30% com quatro ou mais doenças associadas.

Em relação ao espaço físico da instituição observamos que se tratava de uma construção do século passado, ocupando parte de um grande terreno com pé direito alto e um amplo porão. No andar superior funcionava a parte administrativa e o salão para cultos uma vez que a referida instituição tinha caráter religioso. O porão foi adaptado para receber vinte leitos, cada um com um pequeno criado-mudo ao seu lado. Neste local, residiam as idosas independentes ou parcialmente dependentes. Havia um anexo para os idosos mais dependentes. Existiam dois banheiros e chuveiros coletivos adaptados para uso por deficientes. Dispunha-se no térreo de uma cozinha, um refeitório, uma sala de televisão e uma ampla área descoberta onde as idosas tomavam banho de sol. Neste espaço realizavam-se as atividades festivas. No térreo também se localizavam a sala de atendimento médico e uma sala para enfermagem que também funcionava como farmácia.

As visitas médicas e de enfermagem ocorriam duas vezes por semana, por profissionais contratados. A equipe de cuidado completava-se com quatro técnicas de enfermagem que trabalhavam em escalas de plantão. O serviço de nutrição era feito por uma profissional voluntária. As emergências eram atendidas no hospital público de emergência mais próximo. Para atendimento em clínicas especializadas, a instituição tinha suporte da Associação dos Empregados do Comércio, no centro da cidade onde eram feitos exames laboratoriais e consultas ambulatoriais a um custo mais acessível.

Apêndice E- Roteiro de avaliação institucional construído pela equipe do NAI

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO - ILPI

1) Identificação da Instituição

Nome/ Razão Social/ Mantenedora:

Nome Fantasia/ Executora:

CNPJ nº: () Ativo () Inativo () Cancelado

Data de Fundação:

Data do Início de Funcionamento:

Nome do Proprietário:

Nome do responsável técnico:

Endereço:

Bairro:

Núcleo Regional:

CEP:

Ponto de Referência:

Telefone:

Fax:

E-mail:

2) Categoria

- PRIVADAS SEM FINALIDADE LUCRATIVA: são instituições mantidas por organizações não-governamentais, pessoas jurídicas de Direito Privado sem fins lucrativos, as quais mantêm unidades executoras;
- PRIVADAS COM FINALIDADE LUCRATIVA: são instituições, pessoa jurídica de Direito Privado com fins lucrativos;
- INSTITUIÇÕES PÚBLICAS: são instituições mantidas integralmente pelo Poder Público, sendo pessoas jurídicas de Direito Público

3) Tipo de Imóvel

- Próprio Cedido Alugado

4) Capacidade de atendimento

- Entidade de pequeno porte: até 15 vagas
- Entidade de médio porte: 16 a 49 vagas
- Entidade de grande porte: 50 ou mais vagas

5) Documentação da ILPI

- Alvará de Funcionamento – Vigência: _____
- Alvará Provisório – Vigência: _____
- Licença Sanitária – Vigência: _____
- Estatuto
- Contrato Social (empresas PRIVADAS COM FINALIDADE LUCRATIVA)

6) Outros Documentos

- Contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa ou responsável contendo o valor da contribuição e suas alterações

Os contratos são assinados pelo próprio idoso ou pela família?

Familiares com livre acesso à instituição: () SIM () NÃO

Há autorização de saída: () sozinho () acompanhado () não tem autorização

- Regulamento da ILPI
- Prontuário de uso multidisciplinar
- Livro de Ocorrências
- Livro de Visitas
- Possuem Estatuto registrado
- Registro de Entidade Social
- Regimento Interno
- Alvará sanitário atualizado
- Ficha Cadastral Atualizada

7) Pagamentos dos Serviços / Contribuições

- Serviços pagos integralmente - n.º de idosos: ____
- Serviços pagos parcialmente - n.º de idosos: ____
- Serviços gratuitos - n.º de idosos: ____
- Total de idosos: ____*
- A instituição não respondeu

8) Valor dos Pagamentos

- menos de 01 salário mínimo

- de 01 a 2,5 salários mínimos
- de 2,5 a 04 salários mínimos
- acima de 04 salários mínimos
- a instituição não respondeu

9) Responsável pela Contribuição

- idosos: _____ Quantos: _____
- famílias: _____ Quantas: _____
- BPC : quantos idosos contribuem : _____ () não respondeu este item
- Outros _____

10) Características dos Moradores

- Nº. pessoas idosas atendidas: _____
- Capacidade instalada (vagas): _____
- Demanda reprimida (lista espera): _____
- Higiene pessoal da pessoa idosa está adequada? () Sim () Não
- Vestuário adequado de acordo com o clima? () Sim () Não
- Os idosos possuem pertences próprios (roupas, porta-retratos, etc)? () sim () não
- Os pertences dos idosos estão guardados próximo ao idoso? () Sim () Não
- Os pertences dos idosos estão identificados? () Sim () Não
- Há espaço para escuta das demandas dos idosos? _____

11) Grau de dependência

Idosos		Grau de Dependência I		Grau de Dependência II		Grau de Dependência III	
Sexo	Autônomos	S/ Autonomia	Autônomos	S/ Autonomia	Autônomos	S/ Autonomia	
Masculino							
Feminino							

12) Recursos Humanos

12.1) Quadro de Pessoal

Categorias	Quantidade	Horas/sem	Contratado	Cedido	Estágio / Supervisão
Administração					
Cozinha					
Manutenção e Limpeza					
Cuidador de Idoso					

Acompanhan te (particular)					
Enfermagem					
Nutrição					
Atividade Física/ Esportiva					
Atividades Ocupacionai s/Lazer					
Serviço Social					
Psicologia					
Fisioterapia					
Medicina/ Odontologia					
Outros					
TOTAL					

12.2) Plantão

Categoria	Esquema de plantão	Nº funcionários

12.3) Voluntários

Nº/ Formação	Função	Nº horas/semana

12.4) Estagiários

Nº/ Formação	Atividade Realizada	Nº horas/semana

12.5) Avaliação

O dimensionamento da equipe está adequado ? _____

Os profissionais possuem registro no seu respectivo Conselho? _____

A Instituição realiza atividades de educação permanente na área de gerontologia, com objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos? _____

Ocorrem reuniões de equipe multiprofissional:

() administrativas frequência: _____

() planejamento dos cuidados frequência: _____

13) Atividades e Serviços

ATIVIDADE/ SERVIÇO	Periodicidade Média					
	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	Bimestral	Semestral
Atividades na comunidade						
Passeio Institucional						
Atividades Físicas						
Atividades Ocupacionais						
Assistência Social						
Terapia Ocupacional						
Fisioterapia						
Participação de cultos religiosos						
Reuniões com Familiares						
Atividades com participação de Familiares						
Outro: _____ _____						

14) Condições de acessibilidade

14.1) Área Geral

- sem barreiras arquitetônicas
 com barreira arquitetônicas: nos banheiros
 nos dormitórios
 nas áreas comuns
 nas áreas externas
 outros _____

- com dispositivos de segurança:
- campainhas nos dormitórios
- corrimãos nos corredores ou rampas
- barras de apoio nos banheiros
- outros _____

A estrutura do prédio é adaptada ou foi planejada à construção?

Quando o terreno da Instituição de Longa Permanência para idosos apresentar desníveis, esses são dotados de rampas para facilitar o acesso e a movimentação dos residentes?

14.2) Área dos dormitórios

- Dormitórios individuais
- Dormitórios Coletivos:
- 02 leitos 03 leitos de 04 a 09 leitos 10 ou mais leitos
- Amplos arejados adaptados
- Apresentam mobiliário/ Objetos pessoais do idoso
- Os idosos estão distribuídos de acordo com o grau de dependência

14.3) Espaço adequado para convivência e lazer:

- sala de televisão
- sala para jogos
- sala para atividades ocupacionais
- Espaço adequado para visitas outros:

14.4) Áreas Externas

- Jardim Horta local para banho de sol área para esportes ou caminhadas
- outros

14.5) outros

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Posto de enfermagem | salas/ambulatório para atendimento a saúde |
| <input type="checkbox"/> refeitório | <input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> serviço social |
| <input type="checkbox"/> outro: _____ | <input type="checkbox"/> fisioterapia <input type="checkbox"/> _____ |
| | <input type="checkbox"/> psicologia <input type="checkbox"/> _____ |

15) Saúde

15.1) Geral

Como é feita a assistência à saúde na ILPI?

- hospital de referencia _____
- plano de saúde n° de idosos: _____
- atenção básica n° de idosos: _____

Periodicidade de consulta médica: _____

Existe médico na ILPI? _____

Possui transporte em casos de transferência por emergência? () sim () não

- próprio
- convênio
- outro: _____

Como e onde são adquiridos os insumos?

Medicamentos: _____

Recursos materiais: _____

Próteses e orteses: _____

Outros: _____

15.2) Avaliação/Freqüência

- Clínica: _____
- Clínica laboratorial: _____
- Cognitiva: _____
- Funcional: _____
- Mobilidade: _____
- Nutricional: _____

15.3) Prontuário Médico

No prontuário consta:

() Identificação completa, endereço e referência completos de familiares ou responsáveis, o motivo da intenção de asilamento, atestado de saúde fornecido por médico do estabelecimento ou do assistente particular do idoso e avaliação admissional realizada pelo estabelecimento.

() Registro dos atendimentos internos e externos, bem como de transferências, intercorrências

Avaliação de Saúde na Admissão:

() Anamnese

() Exame clínico

() Exames laboratoriais de rotina (no mínimo: hemograma, glicemia, colesterol, uréia, creatinina, EAS e EPF), ECG,

() Avaliação da capacidade funcional (autonomia e grau de dependência, sendo esta última repetida a cada 6 (seis) meses.

16) Insumos

() Os insumos são adequados para os procedimentos comumente adotados

() Os insumos estão armazenados adequadamente e datados

() Os insumos são descartados em local adequado

17) Avaliação de Qualidade

- Existe plano de avaliação continuada de desempenho?
- Existe padrão de funcionamento da instituição?
- Há normas e rotinas padronizadas quanto aos processos de trabalho (POPs)?

Apêndice F – Descrição dos instrumentos de avaliação e principais resultados na Segunda experiência do NAI em ILPIs

A avaliação do Serviço Social foi dividida em levantamento da história de vida e rotinas utilizadas pela instituição, bem como entrevista social. Nos casos de idosos demenciados, a avaliação baseou-se pelo prontuário social de cada idoso, além de entrevista com a Assistente Social da instituição. A avaliação fisioterapêutica consistiu em avaliação da força muscular, arco de movimento, mobilidade, marcha, equilíbrio, risco de quedas e independência funcional. Para tal foram utilizados a Força de Preensão Palmar (FPP), o TUG, o “The Short Physical Performance Battery” (SPPB) e o Índice de Barthel. A avaliação da equipe de

Nutrição consistiu na avaliação do estado nutricional e na avaliação de risco para disfagia dos idosos. Para avaliação do estado nutricional fez-se uso da Mini Avaliação Nutricional (MAN)-*full form*, Formulário de Observações Alimentares e Nutricionais (MEONF II), Avaliação subjetiva dos compartimentos corporais, cálculo do IMMT (Índice de Massa Corporal Total) por meio de equação preditiva e avaliação antropométrica incluindo Índice de Massa Corporal (IMC), velocidade de perda de peso (VPP), perímetro de panturrilha (PP) e perímetro do braço (PB). O instrumento utilizado para avaliação do risco de disfagia foi a presença de critérios conforme o I Consenso de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados. A avaliação da Enfermagem baseou-se na avaliação funcional, por meio da escala de Katz e cognitiva por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). A avaliação da equipe médica era composta por uma anamnese dirigida geriátrica e paralelamente fazia-se busca ativa nos respectivos prontuários. Além do histórico de comorbidades, eram registradas as medicações em uso e como as mesmas eram adquiridas (farmácia popular/ doação/ ILPI/ família), doenças e cirurgias prévias, relato de quedas, internações e história familiar. Pesquisou-se também sobre atendimentos médicos anteriores, bem como exames preventivos regulares, como por exemplo, exame de próstata e ginecológico. Após questionamentos, o paciente era submetido ao exame físico.

Foram observados prontuários com informações incompletas com relação a dados pessoais. Este fato aliado ao afastamento da assistente social da instituição por um longo período, por motivo de doença, nos levou a conseguir traçar o perfil social de apenas 20% dos idosos. Quanto à situação previdenciária, 1/3 dos residentes avaliados não recebiam nenhum benefício ou aposentadoria; os demais faziam jus a aposentadoria ou BPC (Benefício de Prestação Continuada). No tocante à situação familiar, menos da metade tinham filhos. Apenas 30% recebiam visitas de familiares. Por fim, com relação ao tempo de institucionalização, cerca de metade dos idosos residiam de 1 a 5 anos na instituição e quase a mesma proporção residia há mais de 10 anos. Quanto à avaliação funcional, identificou-se que quase metade dos indivíduos tinham déficit visual e mais da metade incontinência urinária. A presença de déficit auditivo não foi significativa dentre os avaliados. O mesmo não se pode afirmar em relação ao edentulismo, tendo em vista que quase metade do grupo avaliado o apresentava de forma total. Na avaliação da mobilidade 2/3 dos idosos deambulavam independentemente, sendo o relato de quedas no último ano baixo (a maioria também não tinha referência de quedas como visto na experiência da primeira instituição). Quanto ao desempenho no teste SPPB, nenhum idoso alcançou a pontuação correspondente a bom desempenho, assim como nenhum ficou na faixa de incapacidade, a maioria apresentou de baixo a moderado desempenho. A força muscular aferida pelo teste de prensão palmar evidenciou 60% dos idosos com força abaixo do valor preditivo de normalidade em relação ao índice de massa corpórea. Métodos objetivos e subjetivos foram usados para caracterizar a condição nutricional dos indivíduos, sendo necessário associar os vários indicadores. Esta associação indicou que metade dos residentes avaliados apresentaram baixo risco de desnutrição, cerca de 40% apresentaram risco moderado de desnutrição e 6% já encontravam-se com desnutrição. Destacamos que aproximadamente metade do grupo apresentava inadequação de massa muscular. Dentre os avaliados 41% dos residentes apresentavam fatores de risco para disfagia. Quanto às atividades da vida diária identificou-se 40% dos idosos avaliados parcialmente dependentes, 20% totalmente dependentes e os demais independentes. A folha de admissão possuía dados não preenchidos, apresentava anamnese incompleta e não havia registros de reavaliações periódicas. Portanto, os prontuários com informações incompletas prejudicaram o delineamento do perfil clínico dos idosos, não nos permitindo identificar com precisão as comorbidades dos residentes.

A estrutura física do imóvel não foi planejada para uma ILPI, tendo em vista que o

imóvel foi oriundo de doação. Adaptações foram feitas, algumas suficientes para suprir as necessidades de conforto e segurança dos residentes, bem como para atender as legislações pertinentes e outras não. Assim, apresentava algumas condições de acessibilidade inadequadas. A área externa possuía piso irregular, desníveis e degraus sem sinalização. Era essa a área disponível para o banho de sol. Nas áreas de passagem havia corrimãos, portas largas que permitiam a passagem de cadeira de rodas, eram arejadas e contavam com iluminação natural. Observamos extintores de incêndio sem identificação no chão e em áreas de difícil acesso. O local apresentava uma “enfermaria”, localizada no térreo, um setor para idosos dependentes e um setor para idosos independentes. Além de uma sala para o setor administrativo e uma sala para armazenamento e preparação das medicações. Não havia sala ou ambulatório específico para atendimento de saúde. A “enfermaria” era destinada aos idosos em situações clínicas que demandassem maior monitoramento. Contava com 3 macas hospitalares, 1 cilindro de oxigênio, 1 escada para acesso à maca, 1 biombo, janela com grade e ventilador de parede. Não possuía pia para lavagem das mãos e não tinha porta.

O andar principal (térreo) era destinado aos idosos com maior dependência física e cognitiva. Os quartos possuíam de 2 a 3 camas com 1 guarda-roupas em comum. Algumas camas eram identificadas com o nome dos idosos, outras não. As camas eram baixas. A maioria dos quartos apresentava janela com grade, porém identificamos um quarto sem vidro ou grade na janela. Todos possuíam ventiladores. Não havia campainha nos dormitórios.

Neste andar, havia um ambiente semelhante a uma sala de estar onde os idosos podiam assistir televisão em conjunto e receberem visitas. No entanto, o dimensionamento deste espaço físico não comportava todos os idosos ao mesmo tempo. Havia também uma área com jogos e uma copa destinada à realização das refeições, porém subdimensionada, não permitindo a realização das refeições em conjunto. O banheiro feminino não possuía barras de apoio, era mal iluminado, e apresentava uma banheira, o que poderia dificultar as transferências. Não havia sabonete na pia e eram usadas toalhas de pano em vez de papel (descartável) para secagem das mãos. No banheiro masculino havia barras de apoio no box, ao lado do vaso sanitário e da pia. Identificamos um setor de terapia ocupacional com objetos aparentemente confeccionados pelos idosos, com mesas e computador. Havia mais dois quartos femininos e um masculino depois do setor, com um banheiro em comum.

O setor dos idosos independentes ficava numa espécie do subsolo com estrutura semelhante ao andar de cima, sendo necessário descer uma escada no interior da instituição, também sendo possível acessá-lo pela área externa da casa. Era arejado e com boa iluminação natural, porém notamos que alguns corredores que levavam aos quartos eram mais estreitos. Os banheiros eram mal equipados e os quartos eram mais impessoais, contando com camas e objetos sem identificação. Este andar era menor que o de cima. Nele ficava localizada a cozinha da instituição. Contava também com uma copa e uma televisão numa área comum. A escada tinha piso antiderrapante com faixas de contraste na beira dos degraus, porém apresentando desgaste. Possuía corrimãos e um portão de segurança na descida da escada do andar superior para o inferior.

A higiene pessoal dos idosos avaliados era satisfatória, os mesmos se encontravam com vestuário adequado para o clima. A maioria possuía pertences próprios que ficavam guardados próximo às respectivas camas. No entanto, em alguns quartos observamos que havia apenas camas, sem pertences. E os pertences observados, em sua maioria, não tinham identificação. Em relação aos recursos humanos da área de saúde, a instituição contava com 1 médico (psiquiatra), 1 enfermeira, 1 nutricionista, 1 assistente social e técnicos de enfermagem. Não foi observada a realização de atividades regulares de educação permanente na área de gerontologia, com objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos.

No que se refere ao trabalho voluntariado houve relato de 1 terapeuta ocupacional, 1 músico, manicure e a visita de um padre. Havia planejamento semanal de atividade física (caminhada dentro da área externa da instituição), de participação em cultos religiosos e cuidados de beleza.

A instituição não contava com rede de apoio à saúde, havendo dificuldade para marcar consultas no posto de saúde da região para os idosos que necessitavam de acompanhamento clínico, tendo em vista que a instituição não era contemplada pela Estratégia Saúde da Família. Alguns idosos contavam com apoio de familiares, que agendavam consultas médicas externas quando necessário. Em caso de emergência, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) era contactado. Foi relatado que os medicamentos eram custeados pelos próprios idosos ou familiares, ou provenientes de doações.