



# Relatório de Inspeção | Lar Francisco de Assis

Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura | MNPCT

Março|2022



# Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

Setor Comercial Sul – B, quadra 9, Lote C Edifício Parque Cidade  
Corporate, Torre A, 9º andar Brasília – Distrito Federal 70.308-200  
Telefone: (61) 2027-3782 mnpct@mdh.gov.br  
<https://mnpctbrasil.wordpress.com/>

## Ficha Técnica Institucional

Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à  
Tortura

## Membras(os) do MNPCT

Ana Valeska Duarte| 2021-2024

Bárbara Suelen Coloniese| 2020 -2023

Camila Barbosa Sabino| 2021-2024

Camila Antero de Santana| 2022-2025

Carolina Barreto Lemos| 2021-2024

Maria Cecília Guimarães Marinho Arruda

Lúcio Costa| 2016-2022

Luís Gustavo Magnata Silva| 2016-2022

José de Ribamar de Araújo Silva| 2016-2022

Maria Cecília G. Marinho Arruda| 2022-2025

Rogério Duarte Guedes| 2021-2024

Ronilda Vieira Lopes| 2021-2024

## Assessoria Técnica Administrativa

Elaine da Trindade

## Ficha Técnica do Relatório

Inspeção Instituição de Longa Permanência para  
Idoso - Lar Francisco de Assis

## Autoras(es)

Camila Barbosa Sabino| Perita do MNPCT

Luís Gustavo Magnata Silva| Perito do MNPCT

Maria Cecília G. Marinho Arruda| Perita do MNPCT

Rogério Duarte Guedes| Perito do MNPCT

Ronilda Vieira Lopes| Perita do MNPCT

*Todos os direitos reservados. A reprodução do todo ou partes deste documento  
é permitida somente para fins não lucrativos com a devida citação.*

## **SIGLAS**

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas  
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social  
CNPCT - Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura  
COVID-19 - Coronavirus Disease 19  
DF - Distrito Federal  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
LFA - Lar Francisco de Assis  
ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos  
MNPCT - Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura  
NBR - Norma Brasileira  
OPCAT - Protocolo Facultativo à Convenção das Nações Unidas contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes  
PGR - Procuradoria-Geral da República  
PNE - Pessoas com Necessidades Especiais  
PTS - Projeto Terapêutico Singular  
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada  
RT - Responsável Técnico  
SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia  
SNPCT - Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura  
SUAS - Sistema Único da Assistência Social

# Sumário

<b>APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL</b> .....	4
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>2. DA INFRAESTRUTURA</b> .....	8
2.1 Equipe de Saúde .....	15
<b>3. SOBRE AS/OS IDOSAS/OS RESIDENTES</b> .....	17
3.1 Do Projeto Terapêutico Singular .....	17
3.2 Da Higiene e Prevenção à COVID-19.....	18
3.3 Da Alimentação e Acesso a Água Potável .....	19
3.4 Do Acesso à Informação.....	23
3.5 Das Atividades Internas, Contato com o Mundo Externo e Visitas .....	24
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	27
<b>5. RECOMENDAÇÕES</b> .....	28
5.1 À Direção da Unidade.....	28
5.2 Ao Conselho de Direitos do Idoso .....	28
5.3 Ao Ministério Público do Distrito Federal e Territórios .....	28

# APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL

1. A criação do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) visa cumprir uma obrigação internacional assumida pelo Estado brasileiro por meio da ratificação do Protocolo Facultativo à Convenção das Nações Unidas contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (OPCAT), promulgado no Brasil por meio do Decreto n.º 6.085, de 19 de abril de 2007. O Estado brasileiro se comprometeu por este instrumento internacional a estabelecer, em conformidade com suas diretrizes, um mecanismo preventivo de caráter nacional, além de poder criar outros mecanismos similares no âmbito dos estados e do Distrito Federal.

2. No ano de 2013, o Brasil aprovou a Lei Federal n.º 12.847 que instituiu o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (SNPCT), criando o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (CNPCT) e o já citado Mecanismo Nacional. O Decreto n.º 8.154, de 16 de dezembro de 2013, regulamentou o funcionamento do SNPCT, a composição e o funcionamento do CNPCT, bem como dispôs sobre o Mecanismo Nacional.

3. O MNPCT tem como função precípua a prevenção e combate à tortura a partir, dentre outras ações, de visitas regulares a pessoas privadas de liberdade. Após cada visita, o MNPCT tem a competência de elaborar um relatório circunstanciado e de apresentá-lo ao CNPCT, à Procuradoria-Geral da República (PGR), à administração das unidades visitadas e a outras autoridades competentes. Adicionalmente, o MNPCT possui a atribuição de fazer recomendações a autoridades públicas ou privadas, responsáveis pelas pessoas sob sua custódia.

4. A Lei n.º 12.847/2013 estabelece, em seu art. 9º, que compete ao Mecanismo Nacional, entre outras atribuições:

I - planejar, realizar e monitorar visitas periódicas e regulares a pessoas privadas de liberdade em todas as unidades da Federação, para verificar as condições de fato e de direito a que se encontram submetidas;

II - articular-se com o Subcomitê de Prevenção da Organização das Nações Unidas, previsto no Artigo 2 do Protocolo Facultativo à Convenção das Nações Unidas contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, promulgado pelo Decreto nº 6.085, de 19 de abril de 2007, de forma a dar apoio a suas missões no território nacional, com o objetivo de unificar as estratégias

e políticas de prevenção da tortura e de outros tratamentos e práticas cruéis, desumanos ou degradantes;

III - requerer à autoridade competente que instaure procedimento criminal e administrativo mediante a constatação de indícios da prática de tortura e de outros tratamentos e práticas cruéis, desumanos ou degradantes;

IV - elaborar relatório circunstanciado de cada visita realizada nos termos do inciso I e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, apresentá-lo ao CNPCT, à Procuradoria-Geral da República e às autoridades responsáveis pela detenção e outras autoridades competentes;

V - elaborar, anualmente, relatório circunstanciado e sistematizado sobre o conjunto de visitas realizadas e recomendações formuladas, comunicando ao dirigente imediato do estabelecimento ou da unidade visitada e ao dirigente máximo do órgão ou da instituição a que esteja vinculado o estabelecimento ou unidade visitada de qualquer dos entes federativos, ou ao particular responsável, do inteiro teor do relatório produzido, a fim de que sejam solucionados os problemas identificados e o sistema aprimorado;

VI - fazer recomendações e observações às autoridades públicas ou privadas, responsáveis pelas pessoas em locais de privação de liberdade, com vistas a garantir a observância dos direitos dessas pessoas;

VII - publicar os relatórios de visitas periódicas e regulares realizadas e o relatório anual e promover a difusão deles;

VIII - sugerir propostas e observações a respeito da legislação existente; e

IX - elaborar e aprovar o seu regimento interno.

5. Dentro de sua competência de atuação, o Mecanismo Nacional deve trabalhar em uma perspectiva de prevenção a quaisquer medidas, rotinas, dinâmicas, relações, estruturas, normas e políticas que possam propiciar a prática de tortura ou de outros tratamentos cruéis, desumanos e degradantes.

6. O MNPCT se pauta nas definições legais de tortura vigentes no ordenamento jurídico brasileiro através de três principais fontes: a Convenção das Nações Unidas contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes; a Lei n.º 9.455/1997 e a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura.

7. De acordo com o art. 19 da Convenção das Nações Unidas contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (ratificada pelo Brasil em 2007), tortura é qualquer ato cometido por agentes públicos ou atores no exercício da função pública pelo qual se inflija intencionalmente a uma pessoa dores ou sofrimentos graves, físicos ou mentais, a fim de obter informação ou confissão, de castigá-la por um ato que cometeu ou que se suspeite que tenha cometido, de intimidar ou coagir, ou por qualquer razão baseada em algum tipo de discriminação.

8. Por sua vez, a Lei n.º 9.455/1997, tipifica os crimes de tortura como condutas para constranger alguém com emprego de violência ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento psíquico ou mental com a finalidade de obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceiros, de provocar ação ou omissão de natureza criminosa, ou em razão de discriminação racial ou religiosa. A lei brasileira define ainda, como tortura, o ato de submeter alguém sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de violência ou grave ameaça, a intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo.

9. Já a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura em seu Artigo 3, considera tortura ações ou omissões de funcionários públicos ou de pessoas em exercício de funções públicas que, mesmo não causando sofrimento físico ou mental, sejam compreendidas como: (i) métodos tendentes a anular a personalidade da vítima, e (ii) métodos tendentes a diminuir capacidade física ou mental.

# 1. INTRODUÇÃO

10. O Lar Francisco de Assis é uma Organização Não Governamental, sem fins lucrativos, fundada em 16/05/1982, que tem caráter residencial, sendo destinada ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar. A instituição tem capacidade para abrigar 60 pessoas.

11. De acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, aprovada pela Resolução nº 109, de 2009, do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS, o Lar Francisco de Assis é uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). A ILPI é uma modalidade de acolhimento do Serviço de Acolhimento Institucional, parte integrante da Proteção Social de Alta Complexidade do Sistema Único da Assistência Social - SUAS.

12. O Serviço de Acolhimento Institucional destinado a idosas/os são para aquelas/aqueles com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, independentes e/ou com diversos graus de dependência. A natureza do acolhimento deverá ser provisória e, excepcionalmente, de longa permanência quando esgotadas todas as possibilidades de autossustento e convívio com os familiares. É previsto para idosas/os que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos.<sup>1</sup>

13. Tendo como base o inciso II do art. 3º da Lei n.º Lei nº 12.847, de 2003, que dispõe acerca das suas prerrogativas, o MNPCT deve inspecionar as ILPI's. Em relação ao Lar Francisco de Assis, o Mecanismo esteve na instituição em 14 de abril de 2016. A inspeção foi documentada em Relatório de visita do DF<sup>2</sup>, publicado em maio de 2016. Na oportunidade, o órgão apontou que a instituição trazia características asilares, estrutura precária que dificultavam a mobilidade dos idosos residentes, equipe insuficiente para a realização das funções institucionais e falta de projeto terapêutico.

14. Em 15 de março de 2022, a equipe do MNPCT, retornou à instituição, buscando compreender o desenvolvimento institucional entre esses períodos,

---

<sup>1</sup> CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (Brasil). Resolução n.º 109, de 11 de novembro de 2009. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 25 nov. 2009. Seção 1. [https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao\\_CNAS\\_N109\\_%202009.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf)

<sup>2</sup> <https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2019/09/relatoriodevisitadfmaio2016-1.pdf>

considerando entre outros marcos normativos a Lei n.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 502, de 26 de maio de 2021<sup>3</sup>, bem como a Resolução n.º 109 do CNAS<sup>4</sup>. A realização da inspeção e a elaboração desse relatório estão organizados em 2 (dois) grandes eixos que corresponde a questões centrais de análise por parte deste órgão preventivo.

15. Em primeira etapa se apresentará questões relativas à infraestrutura, seja com apontamentos para a perspectiva do espaço, seja para atuação dos profissionais da saúde. Em segundo momento se tratará do atendimento as/aos residentes e todas as dinâmicas que as envolve, desde o projeto terapêutico singular até o contato com os familiares e o mundo externo a unidade. Por fim, apresentaremos um rol de Recomendações necessárias visando o bem-estar das residentes da ILPI.

## **2. INFRAESTRUTURA**

16. O Lar Francisco de Assis está localizado na cidade de Brasília/DF, na região administrativa Park Way. A sua capacidade declarada é para 60 idosas/os, mas na data da inspeção havia 54 residentes

17. A sua estrutura física continua praticamente a mesma da visita realizada em 2016, contudo, passou a contar com uma construção, denominada “casa verde”, localizada na entrada antes da construção principal. Esta casa verde possui dois grandes quartos, arejados, com banheiros individuais que abrigam 7 idosas. Contudo, a administração afirma que os dois quartos possuem capacidade para 08 residentes.

---

<sup>3</sup> <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-502-de-27-de-maio-de-2021-323003775#:~:text=A%20Institui%C3%A7%C3%A3o%20de%20Longa%20Perman%C3%Aancia%20para%20Idosos%20deve%20oferecer%20instala%C3%A7%C3%B5es,19%20de%20dezembro%20de%202000.>

<sup>4</sup> CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (Brasil). Resolução n.º 109, de 11 de novembro de 2009. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 25 nov. 2009. Seção 1. [https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao\\_CNAS\\_N109\\_%202009.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf)



Foto 1: Quarto da casa verde.



Foto 2: Quarto da casa verde.

18. A parte principal continua com a mesma estrutura, sendo composta por: uma casa principal, com ampla varanda na entrada, quartos em sua lateral e interior, sala de televisão, sala de atendimento para profissionais que atuam na unidade, espaço de atendimento de saúde na lateral. Em parte anexa e contígua ao fundo à casa principal, tem uma grande área de alimentação, onde são postas mesas à frente de uma cozinha profissional. Mais ao fundo foi instalada uma lavanderia profissional muito bem estruturada e organizada que funciona todos os dias, além de uma sala de atividades e um pequeno salão de beleza que só é aberto quando algum profissional comparece à unidade ou quando alguns cuidadores se dispõem a utilizar com as/os idosas/os.



Foto 3 – Lavanderia profissional.



Foto 4 – Separação das roupas limpas para montagem dos kit's por residente.

19. A respeito da acessibilidade espacial para as/os idosas/os no LFA, para que possamos entender melhor sobre a adequação dos espaços, primeiramente cabe destacar uma breve reflexão sobre o processo de envelhecimento que “é caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligados intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais<sup>5</sup>.

20. Nesse sentido, o processo também é marcado pela probabilidade de que, a pessoa idosa, está conseqüentemente sujeita a enfrentar algum tipo de

---

<sup>5</sup> BRITO, F.C E LITVOC, C. J. Conceitos básicos. In F.C. Brito e C. Litvoc (Ed.), Envelhecimento – prevenção e promoção de saúde. São Paulo: Atheneu, 2004.

fragilidade e de incapacidade física e cognitiva, passando então, a terem os seus direitos e garantias fundamentais, regulamentados tanto pelo Estatuto do Idoso (Lei n.º 10.741/2003), quanto pelo Estatuto da pessoa com deficiência (Lei n.º 13.146/2015) e também pela Lei de acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida (Lei de n.º 10.098/2000).

21. Importa frisar que, nem todos os espaços da instituição possuem acessibilidade suficiente para cadeirantes, seja nas rampas de acesso que se encontram desgastadas e com inclinações variadas, seja nos banheiros que não são adaptados para as necessidades das/os residentes. Situação que contraria o artigo 37, § 3º. do Estatuto do Idoso, a saber: “As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei.”

22. Frise-se ainda que, na unidade em questão, há idosos cadeirantes e há também outros idosos residentes com diversos tipos de limitações, das quais necessitam do apoio de instrumentos específicos para se locomoverem (andadores, muletas etc.), contudo a falta de acessibilidade e de adequação desses espaços, refletem diretamente na saúde física e psíquica dos residentes.

23. Em relação às rampas de acesso da referida instituição, partindo-se de análise da visita que foi realizada no ano de 2016, verificou-se que, elas continuam sem padronização, sem corrimão duplos ou piso antiderrapante, além de estarem bastante desgastadas e danificadas, não dispo de estrutura básica para deslocamento seguro dos residentes, conforme aponta a RDC 502/2021, que regula as condições mínimas de funcionamento das ILPI's, garantindo entre outros direitos o de locomoção, de forma segura, apontando condições mínimas de autonomia, bem como padroniza, de acordo com a ABNT<sup>6</sup>, a normativa relacionada às rampas e corrimões.

---

<sup>6</sup> ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICA. NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, 2015.



Foto 5 – Rampa sem corrimão.

24. Outro ponto importante sobre o déficit de acessibilidade observado pela equipe de inspeção, foi relacionado a estrutura física dos banheiros que, embora amplos, não possuem vasos sanitários adequados para idosas/os cadeirantes e para que possuem algum tipo de mobilidade reduzida, seja pelo tamanho deles (dos vasos), seja pelo tipo inadequado, ou até mesmo pela falta de corrimão que auxiliam o uso, o que de certa forma, foge dos padrões mínimos exigidos no item 7.1 das orientações da NBR 9050/2015 da ABNT, no qual dispõe que:

Os sanitários, banheiros e vestiários acessíveis devem obedecer aos parâmetros desta Norma quanto às quantidades mínimas necessárias, localização, dimensões dos boxes, posicionamento e características das peças, acessórios barras de apoio, comandos e características de pisos e desnível. Os espaços, peças e acessórios devem atender aos conceitos de acessibilidade, como as áreas mínimas de circulação, de transferência e de aproximação, alcance manual, empunhadura e ângulo visual, (...).

25. Ressalta-se que, é de extrema importância que a unidade disponha de banheiros com vasos sanitários adaptados para idosas/os e Pessoas com Necessidades Especiais (PNE) (vaso sanitário com fenda frontal), pois esse equipamento, possibilitará aos residentes que tenham alguma limitação para se locomoverem, uma melhor qualidade de vida, privacidade e independência no momento de realizar a sua própria higiene após suas necessidades fisiológicas. Essa fenda também proporciona um apoio mais humanizado as/aos idosas/os que necessitam de ajudantes, cuidadores e ou enfermeiros, para auxiliarem na

higienização, por proporcionar mais comodidade e segurança tanto para a/ idosa/o, quanto para o auxiliar.

26. Em relação às pias, verificamos que elas são pequenas e não possuem qualquer tipo de apoio, dificultando o uso por idosas/os que desejem utilizar sem o acompanhamento de cuidadores. Na parte destinada aos chuveiros, embora existam corrimãos, as suas colocações aparentam terem sido feitas sem observar as normas técnicas vigentes. Trazendo mais uma vez restrição do exercício de autonomia e colocando em risco desnecessários as/os residentes.

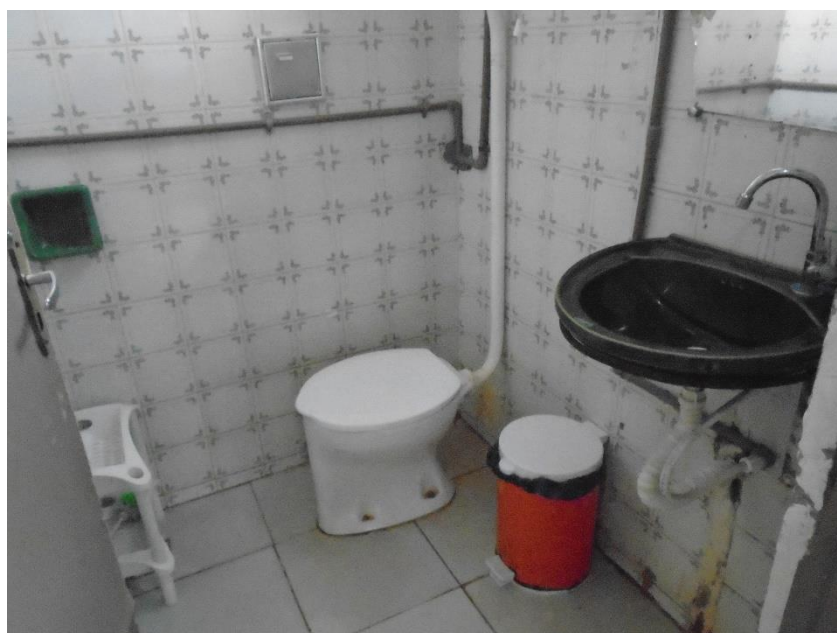


Foto 6 – Banheiro sem barras de apoio.



Foto 7 – Banheiro com barras de apoio em alguns pontos.

27. Embora a estrutura seja antiga e necessite de reparos e adaptações que contemplem melhor a mobilidade e organização interna, verificamos que, toda a unidade possui aspecto de que é adequadamente higienizada diariamente.

28. No tocante ao espaço externo, verificou-se que ao lado do LFA, há um terreno baldio muito sujo, com excesso de matos, entulhos e descartes inadequados de lixo, que, conseqüentemente, coloca em risco a saúde das/os residentes e também das/os colaboradores da instituição, tendo em vista as diversas questões de saúde pública ligadas à prevenção e combate à dengue, febre amarela e demais doenças causadas por vetores que costumam habitar esses espaços, necessitando urgentemente de intervenção do poder público para limpeza do referido terreno nos termos da Lei Distrital n.º 972/1995.

29. Por todo exposto, verificou-se ainda que, a infraestrutura física da unidade necessita de diversas adaptações a fim de garantir a segurança domiciliar das/os residentes, além da iminente necessidade de implementação de recursos e tecnologias mais avançadas que proporcionam mais autonomia e privacidade as/aos idosas/os, conforme assegurado na RDC Nº 502/2021 da ANVISA.

A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e garantir a acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de locomoção segundo o estabelecido na Lei Federal 10.098/00.

30. Outro ponto de fragilidade na Instituição é a estrutura física destinada aos funcionários. O espaço destinado aos mesmos é improvisado e se mistura com um depósito insalubre e sem quaisquer condições de habitabilidade.

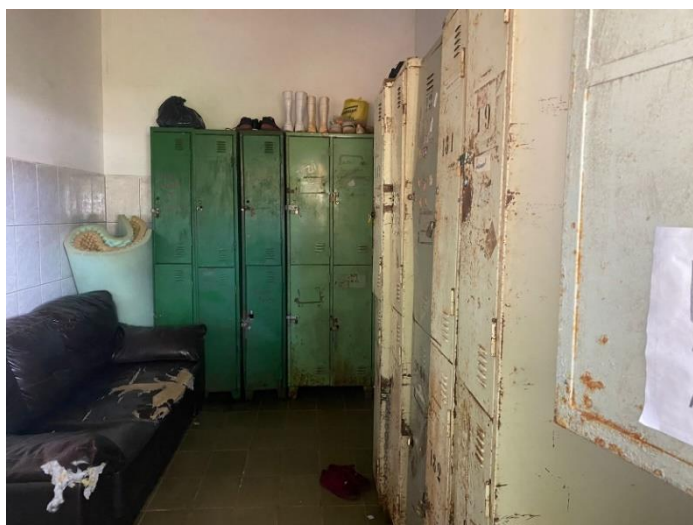


Foto 8 – Espaço de guarda de pertences de funcionários.



Foto 9 – Espaço de guarda de pertences de funcionários.

## 2.1 Da Equipe de Saúde

31. A atenção à saúde na unidade é prestada de acordo com a necessidade de cada paciente, tendo em vista que, basicamente, existem 8 profissionais da equipe de enfermagem, que trabalham em escala de revezamento 12 X 36, sendo que, no plantão noturno ficam apenas dois profissionais (UM TÉCNICO DE ENFERMAGEM E UM CUIDADOR) na unidade e que, em caso de emergência, acionam a enfermeira de referência, por telefone. A ILPI possui, entre seus prestadores de serviço, uma profissional médica que acompanha as/os idosas/os e se faz presente na instituição uma vez por semana e atende

as demandas registradas pela equipe de enfermagem. Em casos de emergência, o SAMU é acionado pelas/os funcionárias/os responsáveis.

32. Não existem profissionais do Serviço Social e da Psicologia na equipe técnica multiprofissional, nem tampouco são realizadas reuniões sistemáticas para elaborar/acompanhar Projeto Terapêutico Singular (PTS). A Terapeuta Ocupacional vai duas vezes por semana, assim como o Educador Físico.

33. A articulação com a unidade de saúde mais próxima, basicamente se resume ao fornecimento de medicações e vacinas.

34. Na região, existe a Estratégia Saúde da Família (ESF), que poderia agregar melhores condições de atendimento as/aos idosas/os, principalmente por ter uma equipe interdisciplinar, que de forma resolutiva e humanizada, atenderia às necessidades.

O trabalho em saúde pode ser comparado a uma corrente, cuja resistência (eficácia) depende de todos os elos. Se a corrente é quase toda de aço, mas um elo é de plástico, a resistência à tração do conjunto é a do plástico e não a do aço. Essa metáfora demonstra a grande interdependência do trabalho em saúde. É válida tanto para um serviço de saúde com seus diferentes profissionais quanto para o sistema de saúde com seus diferentes serviços. Portanto, a qualidade da atenção e a satisfação dos trabalhadores também dependerão de como a gestão facilita este diálogo e reforça a interação criativa entre profissionais e serviços de saúde. É por isso que a proposta de Equipe Interdisciplinar (de Referência) e Apoio Matricial objetiva facilitar a humanização da gestão e da atenção ao mesmo tempo.<sup>7</sup>

35. O conceito de equipe de referência é simples. Podemos tomar como exemplo a equipe multiprofissional de Saúde da Família, que é referência para uma determinada população. No plano da gestão esta referência facilita um vínculo específico entre um grupo de profissionais e um certo número de usuários. As/os idosas/os do Lar Francisco poderiam se beneficiar da criação de um PTS, realizado em conjunto com a equipe da ESF, facilitando diagnóstico, definição de metas, divisão e responsabilidades. Para elaboração de um PTS adequado, o vínculo da equipe com a família é fundamental e não notamos essa rotina no Lar, pois não existem grupos de família e reuniões sistemáticas.

---

<sup>7</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_projeto\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf).

36. Outra questão que reforçamos é a ausência de profissional do Serviço Social na unidade. A/o profissional de Serviço Social nas ILPI's tem como prerrogativas se posicionar contra o abandono, desigualdade e vulnerabilidade social, onde as/os idosos têm seus direitos violados, seja por omissão do Estado, familiares ou comunidade, cabendo ao profissional fazer a intervenção necessária para assim garantir o bem-estar da/o idosa/o institucionalizada/o.

37. Dessa forma, o trabalho do Serviço Social, em uma ILPI, visa à implantação, ao aprimoramento e/ou à transformação de práticas educativas, com o objetivo de construir novas crenças em relação ao envelhecimento, contribuindo para promover melhor qualidade de vida da/o idosa/o, oferecendo-lhe suporte emocional, bem como à família e ao cuidador, para enfrentar a doença, as limitações cognitivas e funcionais, que geram sofrimento psíquico a todos<sup>8</sup>.

38. Em nossas entrevistas com as/os idosas/os no dia da visita, ouvimos relatos de idosas/os que não sabem se recebem benefícios; quem recebe, desconhece quanto ganha, ao mesmo tempo que quando tem família, não existe esforço da gestão em fazer um trabalho de criação de vínculo familiar.

### **3. SOBRE AS/OS IDOSAS/OS RESIDENTES**

#### **3.1 Do Projeto Terapêutico Singular**

39. De acordo com entrevista e análise dos prontuários, não existe Projeto Terapêutico Singular (PTS). A instituição não promove a construção de PTS's, o que faz com que as pessoas residentes sejam submetidas a uma rotina de abandono por parte da instituição no que se refere às estratégias terapêuticas. Simplesmente estão amontoados, tendo a intervenção medicamentosa como a principal estratégia de "cuidado".

40. No momento da inspeção, observou-se uma sala de convivência, tendo em sua disposição física uma televisão, sofás e alguns trabalhos artesanais que, segundo informações, foram produzidos pelas/os próprias/os internas/os, fruto de oficinas realizadas no passado. Todas(os) pacientes estavam sem qualquer

---

<sup>8</sup> FALCÃO, D. V. da S., Araújo, L. F. de (Orgs.). Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados. Campinas: Alínea, 2009.

atividade terapêutica – algumas/alguns perambulando pelo local e outras/os assistindo televisão.

41. Ao que pareceu, é que as oficinas (quando realizadas) cumprem muito mais uma função de induzir as/os internas/os a produzirem alguns produtos para que a instituição mostre aos “visitantes” o investimento terapêutico nas pessoas internadas, do que de proporcionar oficinas que, de fato, cumpram uma função terapêutica.

42. Ressalta-se que, como não há PTS, as atividades (quando realizadas) têm somente a finalidade de ocupar o tempo das pessoas, uma vez que essas atividades estão desconectadas das necessidades reais das pessoas.

43. A equipe do Mecanismo Nacional foi informada que a instituição promovia, antes da pandemia, circunstancialmente, algumas saídas de residentes da instituição, sempre monitoradas por trabalhadores, como forma de passeio e eram visitas ao shopping, parques, igrejas. Atualmente, devido a pandemia, as saídas não estão autorizadas.

44. Outra questão a ser destacada, é a ausência de envolvimento (por parte da instituição) dos familiares das pessoas internadas no processo de cuidado, em função da ausência de PTS. Os familiares contam com atendimentos circunstanciais, agendados pelos profissionais, única e exclusivamente como forma de esclarecer questões específicas de ordem clínica das(os) residentes.

45. A esse MNPCT, fica destacada que a falta de uma equipe multiprofissional estruturada é questão primordial para a situação encontrada. Os poucos profissionais que não são da saúde e fazem parte do quadro, trabalham em dias alternados e não tem reunião conjunta.

### **3.2 Da Higiene e Prevenção à COVID-19**

46. Quanto à salubridade e higiene do local, foi observado que a limpeza de todo espaço é diária, o odor é bastante agradável, as roupas de cama e toalhas dos residentes são constantemente higienizados, as janelas possibilitam livre circulação de ar e entrada de luz natural do dia, e os espaços destinados a preparação e depósito de alimentos, estavam impecáveis, em excelente condições de higiene e preservação dos alimentos, todos os colaboradores da cozinha usavam roupas adequadas, máscaras e toucas, todos os ambientes da instituição estavam muito limpos.

47. Quanto à higiene pessoal dos residentes, observou-se que, as/os idosas/os dependentes, recebem apoio para tomar banho diariamente, geralmente no período matutino, já as/os idosas/os independentes, não há restrições de horários e nem de quantidades diárias de banho.

48. Sobre o uso de fraldas geriátricas, após conversar com alguns residentes e colaboradores, foi possível identificar que algumas/alguns idosas/os fazem uso de fraldas e as trocas são realizadas de acordo com a necessidade de cada residente e não houve nenhuma queixa das pessoas entrevistadas em relação a situações de tratamentos desumanos relacionados a essa questão.

49. Em relação à prevenção da Covid-19, no momento da inspeção, percebemos que apenas alguns colaboradores usavam máscaras; não foi observada a disponibilização de dispensadores de álcool gel ou semelhante de fácil acesso para que as/os residentes, colaboradores e visitantes a fim de higienizar as mãos.

50. A não identificação desses procedimentos básicos de prevenção a COVID-19, chama-nos a atenção, pois se contrapõe a justificativa da direção da instituição de não proporcionar atividades externas as/aos idosas/os residentes em razão da pandemia.

51. A essa equipe do Mecanismo, não parece razoável que as/os idosas/os, com seus esquemas vacinais completos, não possam ter pequenos passeios nas proximidades da instituição, sob a alegação de que correm risco, quando na verdade falta planejamento e profissionais que possam pensar estratégias de atuação para o melhor atendimento as/aos residentes.

### **3.3 Da Alimentação e do Acesso à Água Potável**

52. Em relação ao espaço para preparação da alimentação de residentes, verificou-se que o LFA dispõe de uma ampla cozinha equipada com geladeiras e freezers para armazenamento dos alimentos perecíveis, fogão industrial, pias e mesas industriais para higienização e organização da distribuição dos alimentos. Há também um espaço específico para higienização das frutas, legumes e folhagens e uma dispensa de alimentos bem organizada, considerando as datas de validade de cada item.



Foto 10 – Dispensa de alimentos.

53. A nutricionista é também a Responsável Técnica (RT) do LFA. Existem cardápios semanais afixados tanto na cozinha como na área do refeitório, bem como dietas individualizadas de acordo com a patologia/necessidade de residentes. Pelo que se pôde perceber no dia da visita é um cardápio balanceado e em quantidade suficiente.

54. No tocante a aquisição dos alimentos, ocorre por meio de doações e por meio da compra regular, que ocorre semanalmente.

55. Em relação a rotina alimentar das/os idosas/os residentes, verificou-se que o refeitório é um salão composto por várias mesas e cadeiras, localizado em frente a cozinha, e no dia da visita, foi possível observar que, por volta das 10h já havia várias/os residentes naquele local aguardando suas refeições, enquanto os colaboradores preparavam os pratos que só seriam servidos por volta das 11h.

56. Chamou a atenção desta equipe que embora o imóvel seja grande e com espaços amplos, a rotina do Lar é pouco diversificada e não incentiva as/os idosas/os com atividades simples de integração com os ambientes. Restando a elas/eles passarem boa parte de suas rotinas esperando pelos momentos de alimentação.

57. Sobre a quantidade diária e distribuição dos alimentos, observamos que geralmente são servidas 6 refeições por dia, distribuídas em desjejum; colação; almoço; lanche; jantar e ceia. No dia da visita, foi verificada a variedade disponibilizada no almoço.



Foto 11 – Montagem das refeições na cozinha.



Foto 12 – Refeição do dia.

58. Em relação às dietas especiais, verificamos que a instituição respeita à risca todas as dietas e restrições alimentares das/os idosas/os residentes, tendo os cardápios especiais afixados tanto dentro da cozinha quanto no refeitório para evitar trocas.

  
 Cardápio 14 de Março – 20 de Março

	Desjejum	Colação	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia
feira	Pão com margarina Café com leite	Vitamina/ mingau/ frutas	Arroz branco/ integral Feijão carioca Frango assado Batata assada com orégano Salada	Cuscuz com ovo Café	Caldo de feijão	Mingau de aveia
3ª	Pão com margarina Café com leite	Vitamina/ mingau/ frutas	Arroz branco/ integral Feijão carioca Peixe cozido (idosos) Bisteca suína frita (funcionários) Salada	Bolo Café	Sopa de legumes	Mingau de milho
4ª	Pão com margarina Café com leite	Vitamina/ mingau/ frutas	Arroz branco/ integral Feijão carioca Torta de sardinha Soleta de legumes Salada	Salada de frutas	Macarrão ao molho com legumes	Mingau de aveia
5ª	Pão com margarina Café com leite	Vitamina/ mingau/ frutas	Arroz branco/ integral Feijão carioca Frango ao molho com legumes Polenta Salada	Biscoito com geleia Suco	Caldo de frango	Mingau de fubá
6ª	Pão com margarina Café com leite	Vitamina/ mingau/ frutas	Arroz branco/ integral Feijão carioca Omelete de forno Legumes cozidos Salada	Frutas	Sopa de legumes com frango	Mingau de milho

Foto 13 – Cardápio semanal.



Foto 14 – Quadro das dietas individuais.

59. No tocante ao acesso à água potável, observou-se que o LFA dispõe de bebedouros equipados com filtros de fácil acesso, e que segundo informações da equipe técnica, a higienização e manutenção desses filtros ocorrem regularmente.

60. Por todo exposto, no que concerne o acesso à água potável e a alimentação adequada no Lar Francisco de Assis, foi verificado que este atende todos os parâmetros exigidos.

### 3.3 Do Acesso à Informação

61. Algumas/alguns residentes declararam sentir-se desassistidas/os no que tange a aposentadoria. Informaram que nada é conversado e que nunca foi feito o repasse dos 30% (trinta por cento) do valor da aposentadoria, contrariando o artigo 35, § 1º do Estatuto do Idoso diz que as “entidades filantrópicas, ou casa-lar, é facultada a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade” e o parágrafo 2º determina que o idoso poderá colaborar com “até 70% (setenta por cento) de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso”.

62. Outro aspecto mencionado por residentes refere-se a falta de nitidez em relação ao calendário e atividades internas e externas ofertadas pelo Lar. Um dos residentes mencionou que a instituição “é uma bagunça”, e quando foi questionado acerca do porquê de sua afirmação, ele informou que não compreendia a forma pela qual ocorre as atividades internas e externas.

63. Situação que traz desalento a alguns residentes e corrobora com uma narrativa de uma “instituição asilar”, sendo que, de acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) as ILPI's, não são apenas locais de atendimento em regime de internato ao idoso, sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, mas são estabelecimentos para atendimento integral institucional (...)”<sup>9</sup>.

64. É factível, de acordo com Varela<sup>10</sup>, que os estigmas sociais imputados aos idosos permanecem enraizados na sociedade, quando esta desconhece e não respeita seus direitos. Todavia, criado pela Lei n.º 10.741, em 1º de outubro de 2003, quando o Brasil tinha 15 milhões de idosos, o Estatuto do Idoso trouxe, de forma inédita, princípios da proteção integral e da prioridade absoluta às pessoas com mais de 60 anos e regula direitos específicos para essa população. Ou seja, é a primeira legislação que de fato passa a regular os direitos humanos das pessoas idosas, por isso, tal normativa deve ser observada, não negligenciada.

65. Sobre o acesso à informação, descreve o artigo 2º do documento supra referido:

---

<sup>9</sup>SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Manual de Funcionamento para Instituição de Longa Permanência para Idosos. São Paulo, 2003, p. 3.

<sup>10</sup> VARELA, Aida. Informação e construção da cidadania. Brasília: Thesaurus, 2007.

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros 7 meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

### **3.4 Das Atividades Internas, Contato com o Mundo Externo e Visitas**

66. A RDC nº 502/2021 estabelece três graus dependência da pessoa idosa institucionalizada, a saber:

Seção III Definições

Art. 3º (...)

IV - grau de dependência do idoso:

1. grau de dependência I: idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda;
2. grau de dependência II: idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; e
3. grau de dependência III: idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo;

V - indivíduo autônomo: é aquele que detém poder decisório e controle sobre a sua vida.

67. Observou-se que grande parte das/dos residentes que habitam o Lar Francisco de Assis estão nos graus de dependência 1 e 2, ou seja, não reúnem elevadas necessidades por cuidados e não apresentam indícios de declínio cognitivo, situação que viabilizaria maior participação nas atividades internas e externas. Contudo, as/os residentes entrevistadas/os informaram que passam a maior parte do dia sem atividades, internas e externas. Um dos residentes, cadeirante, informou que “faz crochê o dia inteiro” e que, por não ter outra atividade, sente-se em situação de isolamento.

68. Em diálogo com a direção da instituição, o MNPCT foi informado que as/os idosas/os são acompanhadas/os por um profissional da área de Terapia Ocupacional. Foi mostrado a sala na qual os atendimentos são efetuados.



Foto 14 – Sala da Terapia Ocupacional.

69. No entanto, alguns pontos ainda estão obscuros, dentre eles: Como as/os idosas/os deficientes e aquelas/es que têm o grau de dependência nível II e III são inseridas/os nas atividades internas? Quais são as variedades de atividades, atendendo a individualidade de cada residente?

70. É sabido que, em decorrência da Pandemia da COVID-19, em 2021, houve suspensões de ações coletivas, buscando evitar a propagação do vírus, contudo, no ano de 2022 o acesso a vacina foi efetivo e a maioria da população idosa foi vacinada. Situação semelhante no Lar Francisco de Assis.

71. Assim, é preciso criar oportunidades de inclusão, inventar e reinventar práticas, estabelecer a prática da construção do PTS que permita a integração e o bem-estar da/do residente na instituição, dado que isolamento social não pode significar em nenhuma hipótese abandono. E no contexto do acolhimento essa sensação não pode estar presente, pois a garantia dos direitos dos idosos envolve uma dimensão física, mental e espiritual, que significa proteção integral dessas pessoas.

72. Em suma, a falta de atividades internas que hoje é imposto na instituição, com limitações de convivência, é exacerbado. Que não se perca o vínculo, nem o contato físico com outras/os residentes, pois tal conduta fere o artigo 3º do Estatuto do Idoso e o art. 6º da RDC 502/ 2021.

73. Em relação ao contato com o mundo externo, idosas/os residentes relataram que é inexistente, algumas/alguns entendem que deve ser em razão da Pandemia da COVID-19. Todavia, um dos idosos relatou sentir falta dos

“passeios feitos na frente da instituição pela manhã”, mas informou que acha que “não é levado porque teve um derrame e tem dificuldade de se locomover.”

74. Ora, é sabido que algumas ILPI's experimentam uma variedade de dificuldades em termos de recursos humanos e materiais. Suas diferenças muitas vezes recaem sobre o tipo de gestão à qual são submetidas, gerando oportunidades de parcerias ou propagando o isolamento de residentes e da ILPI do resto da cidade. Contudo, as/os residentes não podem, em razão de suas dependências, se sentirem estigmatizadas/os, por lacunas da instituição.

75. Assim, manter um canal de comunicação aberto e uma rotina de atividades junto as/aos residentes, é obrigação da ILPI, além de adaptar as atividades que antes eram realizadas em ambientes externos. Deve ser consignado que a direção da ILPI mencionou que as/os idosas/os eram levadas/os ao Shopping mensalmente, mas que com o advento da Pandemia, as atividades externas foram suspensas e até o momento não retornaram.

76. Por fim, no que tange ao recebimento de visitas de familiares e amigos, em decorrência da pandemia COVID-19 a direção da ILPI informou que, pelo fato de um visitante, em um dado momento, adentrar à unidade infectado, 13 (treze) idosas/os foram contaminadas/os, situação que culminou na total impossibilidade de visita presencial. Ou seja, o contato entre as/os residentes e seus familiares se resume a chamadas telefônicas de áudio e vídeo. Compreende-se que tal iniciativa é uma forma de melhorar a comunicação com os familiares durante o isolamento social, mas, como única medida, enfraquece ao invés de fortalecer os vínculos familiares.

77. A iniciativa furta de familiares e residentes a possibilidade de imediação física, concreta, palpável, além de impedir a constatação de indícios de maus tratos e tortura, que se faz presente em nossa sociedade, historicamente estratificada e cindida socialmente.

78. Dessa maneira, o MNPCT, deve negritar a importância do retorno das visitas presenciais, obviamente, respeitando a condição médica de cada residente e exigindo de cada visitante o comprovante de vacinação, no qual conste o esquema vacinal completo de acordo com as orientações dos órgãos de saúde.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

79. São inúmeros os detalhes a serem pensados para avaliação institucional de uma ILPI, contudo, este MNPCT realizou visita no Lar Francisco de Assis, com o objetivo principal de verificar as reais condições em que se encontravam as pessoas idosas residentes naquele estabelecimento, no exercício da função precípua deste órgão, que é prevenir e combater quaisquer medidas, rotinas, dinâmicas, relações, estruturas, normas e políticas que possam proporcionar a prática de tortura ou de outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.

80. Na avaliação institucional deste órgão para com a referida instituição, cabe destacar que, embora haja acolhimento humanizado das/os residentes e atendimento a diversos pontos dos padrões mínimos exigidos pela RDC 502/21 e pelo Estatuto do Idoso, ainda existe uma ociosidade no cotidiano da rotina das/os idosas/os, inexistindo um planejamento terapêutico que contemple atividades culturais, lúdicas, esportivas e de lazer.

81. A equipe de inspeção também observou uma imensa fragilidade dos vínculos familiares, situação agravada em decorrência da pandemia da COVID-19. Contudo, no ano 2022 tivemos o efetivo acesso à vacina e maioria das/os idosas/os residentes da instituição, no momento da visita já haviam recebido no mínimo as três doses da vacina, o que de certa forma possibilita que a equipe do Lar possa criar oportunidades de inclusão, inventar e reinventar práticas, estabelecendo um PTS que permita a integração e o bem-estar das/os residentes, partindo-se da premissa de que, em hipótese alguma, o isolamento social seja caracterizado como uma situação de abandono.

82. Quanto aos recursos humanos, pode-se afirmar que o quadro de profissionais da instituição é voltado para a atenção da saúde, com um olhar estático de garantia dos horários de medicação prescrita e do cuidado com a higiene, tanto do local, quanto das/os residentes.

83. Contudo, se faz imprescindível ressaltar que essas medidas não são suficientes para atender as necessidades das pessoas idosas, respeitando as legislações que norteiam o atendimento desses em ILPI's.

84. A esta instituição, falta no seu quadro profissionais do Serviço Social e da Psicologia e que, juntamente com as demais especialidades que compõe a

equipe multiprofissional do Lar, possam atuar a partir do PTS de cada residente, contemplando seus vínculos com a família e a comunidade.

85. Por fim, conclui-se que esta é uma ILPI que possui características asilares e que para desenvolver melhor e de forma a assegurar a dignidade dos seus residentes precisa implementar as Recomendações que se segue.

## **5. RECOMENDAÇÕES**

### **5.1 À Direção da Unidade**

- a) 1 - Que a coordenação/direção da ILPI construam estratégias para possibilitar deslocamentos das/os idosas/os interessadas/os em participar de eventos e cultos religiosos fora da unidade;
- b) Que a coordenação/direção da ILPI estabeleça providências para ampliar o quadro de funcionários com profissionais das áreas do serviço social, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, enfermagem e medicina;
- c) Que a coordenação/direção da ILPI desenvolvam uma rotina que possibilite a convivência comunitária das/os residentes em espaços sociais, de lazer e religiosos presentes na comunidade local;
- d) Que a coordenação/direção da ILPI providencie nas áreas internas e externas da instituição onde haja circulação de pessoas idosas, instalação de: (i) corrimãos; (ii) luz de vigilância; (iii) rampas adequadas (iv) piso antiderrapante (v) vasos sanitários adaptados, a fim de garantir maior segurança e favorecer a acessibilidade e mobilidade as/aos residentes, conforme o previsto na NBR nº 9050/2004/ABNT.

### **5.2 Ao Conselho de Direitos do Idoso**

- a) Que o Conselho de Direitos do Idoso (CDI-DF) estabeleça estratégia de acompanhamento e fiscalização das atividades e ações da ILPI Lar Francisco de Assis, bem como, de todas as recomendações deste MNPCT.

### **5.3 Ao Ministério Público do Distrito Federal e Territórios**

- a) Que o Ministério Público acompanhe e oriente a Coordenação/direção da ILPI como melhor proceder ao determinar sobre Procurador e Curador;
- b) Que o Ministério Público acompanhe os contratos de prestação de serviço firmados entre a ILPI e os residentes.



[www.mnpctbrasil.wordpress.com](http://www.mnpctbrasil.wordpress.com)  
[mnpct.mdh.gov.br](http://mnpct.mdh.gov.br)  
[mnpct@mdh.gov.br](mailto:mnpct@mdh.gov.br)