



PODER EXECUTIVO

Diário Oficial Eletrônico - Município de Caratinga – MG

Caratinga, 17 agosto de 2020 – Diário Oficial Eletrônico – ANO IV | Nº 4374 – Resolução .

RESOLUÇÃO / CMI Nº 004/2020

“Dispõe sobre a Aprovação de Formulários de Fiscalização nas Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas – ILPI’S e Rede Intersetorial Saúde e Assistência Social, do Conselho Municipal da Pessoa Idosa”.

O Conselho Municipal da Pessoa Idosa de Caratinga/MG, órgão permanente, paritário e deliberativo da Política Municipal do Idoso, em pleno uso de suas atribuições legais, nos termos da Lei nº 3.758/2019, por maioria absoluta de seus membros, em reunião ordinária dia 18 de maio de 2020;

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o formulário de fiscalização que o Conselho Municipal da Pessoa Idosa irá realizar frequentemente nas Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas, considerando o Art. 2º, incisos III e IV da Lei nº 3.758/2019.

Art. 2º - Aprovar o formulário de fiscalização que o Conselho Municipal da Pessoa Idosa irá realizar frequentemente nos setores da Rede Intersetorial (Saúde e Assistência Social), considerando o art. 2º, incisos III e IV da Lei nº 3.758/2019.

Art. 3º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo a data de 18 de maio de 2020.

Caratinga, 17 de agosto de 2020.

Jéssica da Silveira e Silva
Presidente do Conselho Municipal da Pessoa Idosa

FORMULÁRIO DE FISCALIZAÇÃO - ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA

UNIDADE DE SAÚDE

1. Identificação da Unidade

Nome da Unidade: _____

Endereço Completo: _____

Horário de Funcionamento: _____

Médico(a): _____

Enfermeira(o) Coordenador(a): _____

Telefone: _____

E-mail: _____

2. CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA UNIDADE

Quantos profissionais trabalham na unidade ?

() Total de trabalhadores desta Unidade

Dos profissionais, qual o quantitativo considerando a sua função:

() Coordenador (a)

() Psicólogo (a)

() Assistente Social

() Enfermeiros (as)

() Técnicos (as) de Enfermagem

() Auxiliar de Serviços Gerais

() Agente Comunitário de Saúde

() Outros. Quais ? _____

3. Público atendido:

() Quantos idosos são referenciados nesta unidade ?

Preencher a planilha do Anexo 1 contendo (nome, endereço, data de nascimento, telefone e núcleo familiar).

4. Atividade de interação:

Qual o tipo de atividade de interação que existe nesta unidade para as pessoas idosas?

4.1. Qual a frequência e horário que acontece esta atividade?

4.2. Qual o profissional que realiza esta atividade?

4.3. () Qual o percentual de adesão dos idosos?

5. Grupos de atividades voltados para idosos com Hipertensão Arterial:

5.1. Qual o tipo de atividade que existe nesta unidade voltada para as pessoas idosas com Hipertensão?

5.2. Qual a frequência e horário que acontece esta atividade?

5.3. Qual o profissional que realiza esta atividade?

5.4. () Qual o percentual de adesão dos idosos?

6. Grupos de atividades voltados para idosos com Diabetes:

6.1. Qual o tipo de atividade que existe nesta unidade voltada para as pessoas idosas com Diabetes?

6.2. Qual a frequência e horário que acontece esta atividade?

6.3. Qual o profissional que realiza esta atividade?

6.4. () Qual o percentual de adesão dos idosos?

7. Vacina:

Os idosos dessa unidade estão com os cartões de vacina regular?

Sim ()

Não ()

Se a resposta for não, como a unidade está pensando em regular esses cartões de vacina?

8. Visita médica domiciliar:

() Quantos idosos dessa unidade recebem visita médica domiciliar?

8.1. Esses idosos que recebem visita médica domiciliar são apenas idosos acamados ou com outro tipo de comorbidade?

8.2. Existe uma data e horário fixo para essas visitas domiciliares? Quais?

9. Visita domiciliar da agente comunitária de saúde:

() Quantos idosos dessa unidade recebem visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde?

9.1. Qual é a frequência dessas visitas realizadas pelos ACS?

9.2. Qual a principal demanda relatada pelos idosos nas visitas dos ACS?

10. Serviço de fisioterapia domiciliar:

Essa unidade fornece o serviço de fisioterapia domiciliar para os idosos que necessitam?

Sim ()

Não ()

10.1. () Se sim, quantos idosos recebem esse tipo de serviço?

10.2. Qual nome do (a) profissional que realiza esse atendimento e o número do seu registro do órgão competente?

10.3. Quantas vezes por semana ou mês são realizadas esse atendimento?

10.4. Se não, qual o motivo desses idosos não receberem esse serviço?

11. Atendimento de consultas:

Existe senha preferencial para os idosos serem atendidos nessa unidade?

Sim ()

Não ()

11.1. Se não, qual a possibilidade dessa unidade criar uma senha preferencial para os idosos?

11.2. Os idosos com mais de 80 anos de idade são atendidos com prioridade acima dos demais idosos e outras pessoas?

Sim ()

Não ()

11.3. Se não, essa unidade se compromete a levar esse assunto para a gestão da saúde pública e organizar de tal forma que esses idosos passem a ser atendidos com uma prioridade diferenciada das demais pessoas e outros idosos?

12. Consultas especializadas:

() Quantos idosos existem na fila de espera aguardando para a realização de consultas especializadas?

Preencher a planilha do Anexo 2 contendo (nome, endereço, data de nascimento, telefone, a consulta requerida e a data de protocolo desta consulta).

13. Exames:

() Quantos idosos existem na fila de espera aguardando para a realização de exames?

Preencher a planilha do Anexo 3 contendo (nome, endereço, data de nascimento, telefone, a consulta requerida e a data de protocolo desta consulta).

Dados do responsável pelo preenchimento do formulário:

Nome:

Representação:

Assinatura: _____

Dados do responsável pelo preenchimento do formulário:

Nome:

Representação:

Assinatura: _____

Dados do responsável pela unidade de saúde

Nome: _____

Função: _____

Assinatura: _____

ANEXO 1

Nome: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: _____

Núcleo familiar:

() Quantas pessoas residem junto com esse idoso (a) ?

Nome: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: _____

Núcleo familiar:

() Quantas pessoas residem junto com esse idoso (a) ?

Nome: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: _____

Núcleo familiar:

() Quantas pessoas residem junto com esse idoso (a) ?

Nome: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: _____

Núcleo familiar:

() Quantas pessoas residem junto com esse idoso (a) ?

ANEXO 2

Nome: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: _____

Telefone: _____

Consulta requerida: _____

Data de protocolo: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: _____

Telefone: _____

Consulta requerida: _____

Data de protocolo: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: _____

Telefone: _____

Consulta requerida: _____

Data de protocolo: _____

ANEXO 3

Nome: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: _____

Telefone: _____

Exame requerido: _____

Data de protocolo: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: _____

Telefone: _____

Exame requerido: _____

Data de protocolo: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: _____

Telefone: _____

Exame requerido: _____

Data de protocolo: _____

FORMULÁRIO DE FISCALIZAÇÃO - SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EQUIPAMENTO

1. Identificação

Nome do Equipamento: _____

Endereço Completo: _____

Horário de Funcionamento: _____

Coordenador(a): _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Público atendido: _____

() Quantos idosos são referenciados na oferta dos serviços deste equipamento?

() O imóvel possui acessibilidade () Sim () Não () Porque?

2. Atividade de interação:

Quais os serviços ofertados neste equipamento para as pessoas idosas?

2.1. Qual a frequência e horário que acontece as atividades/intervenções?

2.2. Qual o profissional que realiza as atividades?

() Quantos idosos desse equipamento recebem visita domiciliar?

2.3. Existe uma data e horário fixo para essas visitas domiciliares? Quais?

13-Histórico de fiscalização CMI /Observações

Data	Descrição	Observações

Caratinga, ____ de _____ de _____ Responsável pelo preenchimento: _____

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA
IDOSOS – ILPI**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
1.1 Razão Social:	
1.2 Nome Fantasia:	
CNPJ:	Inscrição Municipal:
Data do Início do funcionamento: Data da avaliação:	Contato na Instituição:
Endereço: Município: UF: Fone:	E-mail:
2. Situação do imóvel: () alugado	() Próprio
3. Registro no Conselho de Idosos: () Municipal	() Estadual
4. Natureza Jurídica () Filantrópica () Pública, em caso afirmativo: () Municipal () Estadual () Federal ())Privada () Mista. * Li nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 e Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998 e suas alterações.	
5. Número do Conselho Nacional de Assistência Social (Inscrição CNAS).	
6. Recebe Subvenção Do Governo? () Sim () Não	Qual fonte?
Utiliza aposentadoria dos residentes? () Sim () Não	
8. Alvará de licenciamento expedido pela vigilância sanitária Local () Sim () Não	
8.1 Nº do Alvará de licenciamento sanitário: Válido ate:	
9. Nome do responsável técnico pelo estabelecimento (proprietário, diretor ou administrador):	
9.1 Grau de escolaridade () Fundamental () médio () superior RG CPF	
9.2 Carga horária: (solicitar documento que comprove a carga horária).	
9.3 Registro no Conselho profissional, se houver:	
10. Recursos Humanos:	

(solicitar documento que comprove a carga horária).	Quantidade	Observações: Detalhar carga horária.
	Com vínculo formal	Voluntários (informal)
Administrador		
Administrativos (secretaria e outros)		
Médico		
Enfermeiro		
Assistente Social		
Psicólogo		
Fisioterapeuta		
Terapeuta Ocupacional		
Nutricionista		
Farmacêutico		
Cirurgião-dentista		
Técnico e Auxiliar de Enfermagem		
Outros Profissionais de Saúde (especificar)		
Cuidadores de idosos		
Limpeza/Serviços Gerais (lavanderia, manutenção, motorista, etc.)		
Cozinha		
Outros (especificar)		
Total:		

CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA
(quantificar)

	Homens	Mulheres
11. Capacidade instalada (quantidade planejada de residentes)		
12. Quantidade de residentes no dia da avaliação		
13. Existem residentes com menos de 60 anos? Motivos: _____		
14. Grau de dependência I (idosos independentes mesmo que usem equipamentos de auto-ajuda)		
15. Grau de dependência II (idosos com dependência em até três atividades da vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada)		
16. Grau de dependência III (idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de auto-cuidado para a vida diária e ou comprometimento cognitivo)		
	SIM	QUANTOS
		NAO

17. A Instituição realiza visita ao idoso/família antes de sua admissão?			
18. Há idosos com distúrbio cognitivo ou psiquiátrico?			
19. Há idosos em uso de sonda para alimentação? (nasogátrica, gastrostomia. Etc.)			
20. Há idosos portadores de feridas crônicas? (úlceras vascular, úlcera de pressão/escara, pé diabético, outras)			
21. Há idosos dependentes de oxigenoterapia? (em uso de oxigênio)			
22. Há idosos com ventilação mecânica?			
23. Há idosos sob cuidado de serviços de atenção domiciliar (<i>home care</i>)?			
24. Há idosos com sonda vesical ou coletor de urina?			
25. Há idosos com diagnóstico ou em tratamento de câncer?			
26. Há idosos com diabetes ou hipertensão?			
27. Outras patologias (citar):			
28. Onde os residentes são atendidos conforme Plano de Atenção à Saúde (assinalar as opções utilizadas)			
a. <input type="checkbox"/> Centro de Saúde público (SUS)			
b. <input type="checkbox"/> Equipe de Saúde da Família (SUS)			
c. <input type="checkbox"/> Serviços/profissionais particulares (plano de saúde ou pagos pelo residente/família)			
d. <input type="checkbox"/> Hospital público (SUS)			
e. <input type="checkbox"/> serviço próprio da ILPI (profissionais de saúde da própria instituição) qual dessas opções (a, b, c, d ou e) é a mais utilizada?			
Observações:			
CONDIÇÕES GERAIS E PROCESSOS OPERACIONAIS			
	SIM	NÃO	
29. A instituição possui contrato formal de prestação de serviço com o residente ou seu responsável legal ou curador?			
30. O funcionamento da instituição está sob responsabilidade técnica de profissional de nível superior? a. Este responsável técnico cumpre carga horária mínima de 20 horas por semana?			
31. A instituição possui:			
a. Estatuto registrado?			

b. Contrato Social?			
c. Inscrição do seu programa junto ao Conselho do Idoso?			
d. regimento Interno?			
e. Registro de Entidade Social?			
32. Existe contrato formal com os seguintes serviços terceirizados:			
a. alimentação			
b. limpeza			
c. esterilização			
d. lavanderia			
e. serviço de remoção			
f. outros (especificar)			
33. Os serviços terceirizados possuem alvará de licenciamento atualizado?	SIM	NÃO	Não se aplica
	SIM	NAO	
34. A instituição atende às condições gerais estabelecidas na RDC nº 283/2005? Obs.: Observar os idosos, avaliar o Regimento Interno, observar o Plano de Atenção à saúde, observar fotos, cartazes na instituição sobre programações realizadas na instituição, entre outros.			
35. Existe a garantia de visita aberta?			
36. Existe registro atualizado de cada idoso? Obs.: Verificar por amostragem a existência dos registros/anotações sobre o idoso em conformidade com o estabelecido no Art. 50, inciso XV, da Lei 10.741 de 2003 “manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, parentes, endereços, cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições, se houver, e demais dados que possibilitem a sua identificação e a individualização do atendimento”			
37. A instituição tem Plano de Trabalho conforme item 5.1.1 da RDC 283 e artigo 48 do estatuto?			
38. A instituição comunica a Secretaria de Assistência Social ou congêneres, bem como ao Ministério Público, a situação de abandono familiar ou a ausência de identificação civil?			
39. Os equipamentos, produtos, mobiliários e utensílios estão disponíveis, em quantidade suficiente, em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem e de acordo com a legislação vigente?			

<p>40. Existem equipamentos de auto-ajuda e materiais em condições de uso em quantidade suficiente par atender à necessidade dos residentes, de acordo com o grau de dependência? Obs.: Equipamento de Auto-Ajuda – qualquer equipamento ou adaptação, utilizado para compensar</p>		
<p>ou potencializar habilidades funcionais, tais como bengala, andador, óculos, aparelho auditivo, prótese odontológica e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada.</p>		
Observações:		
RECURSOS HUMANOS		
	SIM	NAO
<p>41. Dimensionamento da equipe de cuidadores de idosos:</p>		
	SIM	NAO NAO SE APLICA
<p>a. Grau dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;</p>		
<p>b. Grau de dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;</p>		
<p>c. Grau de dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, PR turno;</p>		
<p>d. Os cuidadores possuem capacitação formal? Obs.: Verificar comprovação da capacitação forma</p>		
	SIM	NAO
<p>42. Para as atividades de lazer: um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga de 12 hora por semana.</p>		
<p>43. Para serviços de limpeza: um profissional para cada 100m² de área interna ou fração por turno diariamente.</p>		
<p>44. Para o serviço e alimentação: um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas.</p>		
<p>45. Para o serviço de lavanderia: um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente.</p>		
<p>46. Há política de educação permanente, especialmente na área de gerontologia?</p>		

47. Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe estão registrados e estão legalizados nos mesmos?		
Observações:		
PROCESSAMENTO DE ROUPAS		
	SIM	NÃO
48. A instituição possui, mantém disponível e implementa as rotinas técnicas do processamento de roupas de uso pessoal e coletivo?		
49. Os saneantes usados estão regularizados junto a ANVISA?		
50. Existem luvas, avental impermeável e botas para os funcionários da lavanderia?		
51. Com que frequência é trocada a roupa de cama? Especifique:		
52. Existe quantidade de roupas para a demanda?		
53. A instituição possibilita aos idosos independentes efetuarem todo o processamento de roupas de uso pessoal? Obs.; Observar se há área e recursos para que os idosos independentes que assim o desejarem efetuem o processamento de roupas de uso pessoal.		
54. A instituição garante a privacidade do uso da roupa pessoal? As roupas estão identificadas?		
Observações:		
ALIMENTAÇÃO		
	SIM	NÃO
55. A instituição segue o estabelecido na RDC nº 216/2004 que dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas de Alimentação no que se refere a:		
a. manipulação, preparação, fracionamento dos alimentos.		
b. armazenamento dos alimentos.		
c. transporte dos alimentos (interno e externo)		
d. distribuição dos alimentos		
56. A instituição possui normas e rotinas técnicas para o serviço de alimentação incluindo:		

a. limpeza e descontaminação dos alimentos		
b. armazenagem de alimentos		
c. preparo dos alimentos com enfoque nas boas práticas		
d. boas práticas para prevenção e controle de vetores		
e. acondicionamento de resíduos		
57. É assegurado aos idosos o fornecimento de alimentação, respeitando os aspectos relacionados à saúde (como dietas especiais) e culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias?		
58. Existe cardápio de dietas especiais que atenda à necessidade dos idosos elaborado e assinado por Nutricionista?		
59. O responsável pelas atividades de manipulação de alimentos e os manipuladores de alimentos são comprovadamente capacitados, de acordo com a RDC nº 216/2004? Obs.: Verificar se capacitação do responsável abordou, no mínimo, os seguintes temas:		
Contaminantes alimentares; Doenças transmitidas por alimentos; Manipulação higiênica dos alimentos; Boas práticas. Obs.: Verificar se a capacitação dos manipuladores é realizada periodicamente e se aborda os seguintes conteúdos: higiene pessoal, manipulação higiênica dos alimentos e doenças transmitidas por alimentos.		

Observações:

SAÚDE

	SIM	NÃO
A instituição tem um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes contemplando, no mínimo, 3 aspectos (acesso, resolubilidade e humanização), elaborado a cada dois anos, avaliado anualmente e implantado?		
61. São realizados procedimentos invasivos? (p.ex.: passagem de sonda vesical de demora ou enteral, injetáveis, aspiração, dentre outros)		
62. sobre o Plano de Atenção à Saúde:		
a. É compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade?		

b. Indica os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário?		
c. Prevê a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção?		
d. Contém informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes?		
63. A unidade, em caso de intercorrência médica, dispõe de um serviço de remoção e providencia o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no Plano de Atenção à Saúde e comunica a sua família ou representante legal?		
64. O serviço de remoção é terceirizado?		
65. a instituição dispõe de rotinas e procedimentos escritos e implantados, referentes aos cuidados com os idosos?		
66. Os medicamentos em uso pelos idosos estão sob responsabilidade do Responsável Técnico – RT da instituição, respeitados os regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e administração?		
67. Os medicamentos controlados estão acondicionados em armários fechados com chaves ou equivalentes?		
68. Os medicamentos estão dentro do prazo de validade?		
69. Há prescrição médica para todos os medicamentos encontrados na instituição?		
70. Informa aos órgãos competentes a ocorrência de Doenças de Notificação Compulsória? Obs.: a instituição mantém registro sobre doenças de notificação compulsória (equipe de saúde responsável pelos residentes informa as Doenças de Notificação Compulsória). Conforme a Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006.71. A instituição informa aos órgãos competentes a ocorrência de eventos sentinela (queda com lesão e tentativa de suicídio)?		

72. A instituição comprova, quando solicitada, a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização do Ministério da Saúde? Obs.: Verificar se há registros de imunização: Gripe, Pneumonia, DT (Difteria e Tétano).		
73. A instituição comprova a inscrição do residente no serviço de Saúde mais próximo ou em Plano de Saúde?		
74. Os residentes com patologia de saúde mental estão participando dos programas de Saúde Mental?		
75. Existe o acesso a um cirurgião-dentista quando necessário?		
Observações:		
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO		
	SIM	NÃO
76. Calcula e avalia encaminha para vigilância sanitária local os indicadores mensais estabelecidos na RD n 283/2005?		
a. Taxa de mortalidade – (Número de óbitos residentes no mês/Número de idosos residentes no mês 1) x100[%]		
b. Incidência de doença de diarreia aguda – (Número de novos casos de doença diarreia aguda emitidos residente no mês/ número de idosos residentes no mês) x100 [%]		
c. Incidência de escabiose – (Número de novos casos de escabiose e idosos residentes no mês/ Número de idosos residente n mês)x 100 [%]		
d. Incidência de desidratação – (Número d idoso que apresentaram desidratação Número de idosos residentes no mês1) x 100[%]		

e. Taxa de prevalência de úlcera de decúbito – (Número de idosos residentes apresentando úlcera no mês/Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]		
f. Taxa de prevalência de desnutrição – (Número de idosos residentes com diagnóstico de desnutrição no mês/ Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]		
Observações:		
INFRA-ESTRUTURA FÍSICA		
	SIM	NÃO
77. Realiza limpeza dos reservatórios de água e controle microbiológico da qualidade da água? Obs.: verificar registros e periodicidade no mínimo trimestral.		
78. Os efluentes são lançados na rede pública de coleta e tratamento de esgoto?		
79. Oferece instalações físicas em condições de habitabilidade (temperatura, odores, umidade, entre outros), higiene e salubridade? Verificar a existência de raios escamoteáveis, manutenção e limpeza do ambiente interno e externo (jardim e proteção da caixa de água e outros), registros de limpeza, desratização, descupinização, desinsetização, entre outros.		
- Sobre os ambientes e dimensões:		
80. Possuem dormitórios separados por sexo, para no máximo 4 pessoas, dotados de banheiro?		
a. Os dormitórios de 01 pessoa possuem área mínima de 7,50 m ² , incluindo área para guarda de roupas e pertences do residente?		
b. Os dormitórios de 02 a 04 pessoas possuem área mínima de 5,50 m ² por cama, incluindo área para guarda de roupas e pertences dos residentes?		
c. Os dormitórios são dotados de luz de vigília e campainha de alarme?		
d. Existe uma distância mínima de 0,80 m entre duas camas?		
e. Existe cama com grade de proteção?		

Data da visita: _____