

A efetividade do direito à autonomia da pessoa idosa

na Instituição de Longa Permanência:

Uma nova proposta de atuação

LUIZ CLÁUDIO CARVALHO DE ALMEIDA





Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Procurador-Geral de Justiça Clóvis Paulo da Rocha – IERBB/MPRJ

L953 A efetividade do direito à autonomia da pessoa idosa acolhida em instituição de longa permanência: uma nova proposta de atuação. [versão digital] / Luiz Cláudio Carvalho de Almeida, Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção ao Idoso do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro – CAO Idoso/MPRJ. – Rio de Janeiro, RJ: MPRJ, 2022.
93 f.

ISBN: 978-65-88520-15-4

1. Idoso. I. Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. II. Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção ao Idoso do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro – CAO Idoso/MPRJ. III. Título.

CDD 341.413

Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro

Procurador-Geral de Justiça

Luciano Oliveira Mattos de Souza

Corregedora-Geral do Ministério Público

Luciana Sapha Silveira

Subprocurador-Geral de Administração

Eduardo da Silva Lima Neto

Subprocurador-Geral de Justiça de Assuntos Cíveis e Institucionais

Pedro Elias Erthal Sanglard

Subprocurador-Geral de Assuntos Criminais

Roberto Moura Costa Soares

Subprocuradora-Geral de Justiça de Planejamento e Políticas Institucionais

Ediléa Gonçalves dos Santos Cesario

Subprocurador-Geral de Justiça de Relações Institucionais e Defesa de
Prerrogativas

Marfan Martins Vieira

Coordenadora do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça
de Proteção ao Idoso

Cristiane Branquinho Lucas

Promotor de Justiça Titular da Promotoria de Justiça de Proteção ao Idoso
e à Pessoa com Deficiência do Núcleo Campos dos Goytacazes

Luiz Cláudio Carvalho de Almeida

O AUTOR

Luiz Cláudio Carvalho de Almeida é Promotor de Justiça, tendo ingressado no Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro no ano de 1996. É titular da Promotoria de Justiça de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência do Núcleo Campos dos Goytacazes. Foi Coordenador do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência do MPRJ (2013-2018). É doutor pelo programa de pós-graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF) e mestre em Direito pelo Centro Universitário Fluminense (2002). Integrou o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE) no ano de 2012. É membro da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência (AMPID) e do Grupo Internacional Tríplice Aliança pela Cultura da Não Contenção da Pessoa Idosa. Atualmente integra o Grupo de Trabalho de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa da Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP).

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
BREVE RESUMO DA EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO RECONHECIMENTO DE DIREITOS DA PESSOA IDOSA	8
O CONCEITO DE AUTONOMIA E SEUS MODELOS	12
O DIREITO DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA E UMA BREVE ANÁLISE SOBRE DOCUMENTOS OPERACIONAIS DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA QUE ASSEGURAM OS DIREITOS DA PESSOA IDOSA	42
A FISCALIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS	51
O MODELO DE CUIDADO CENTRADO NA PESSOA	56
A IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA PARA A AUTONOMIA DO IDOSO ABRIGADO	60
PROPOSTA PARA UM NOVO MODELO DE ATUAÇÃO DAS EQUIPES TÉCNICAS DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA	67
CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS	87

1. INTRODUÇÃO

No curso das fiscalizações feitas pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro a verificação do respeito ao direito à autonomia das pessoas idosas abrigadas tem sido uma das tarefas mais desafiadoras para Promotores de Justiça e equipes técnicas, sobretudo quando envolvidas pessoas com transtornos neurocognitivos.

Permite-se conjecturar as hipóteses que levam a tal dificuldade, como por exemplo os contornos imprecisos do que seria o direito à autonomia, seja na doutrina jurídica seja na jurisprudência, ou a ausência de protocolos de fiscalização especificamente criados para a identificação de falhas na atuação das instituições de longa permanência para idosos (ILPI) na implementação desse direito. Até mesmo a presença de uma cultura de trabalho impregnada em algumas instituições que se baseia em estereótipos e preconceitos ligados ao processo de envelhecer torna-se um fator importante que dificulta a implementação do direito à autonomia dentro do ambiente asilar.

Pensando nessa dificuldade é que foi desenvolvida a presente publicação, que teve por base tese de doutorado do autor sobre o tema¹ e cujo escopo foi justamente a criação de uma proposta de trabalho para equipes técnicas no sentido de entender o que seria o direito à autonomia e como garantir sua efetividade para as pessoas idosas acolhidas, ainda que acometidas por transtornos neurocognitivos graves.

A presente publicação desenvolve-se com o foco em produzir uma ferramenta de simples utilização, mas de grande impacto no diagnóstico de eventuais falhas na garantia de direitos das pessoas idosas acolhidas em instituições de longa permanência.

1 ALMEIDA, L. C. C. O Direito à Autonomia e à Manutenção de Vínculos Comunitários da Pessoa Idosa com Déficit Cognitivo nas Instituições de Longa Permanência de Campos dos Goytacazes. Campos dos Goytacazes, RJ: Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, 2022.

Ressalta-se que a perspectiva do trabalho é eminentemente pedagógica no sentido de que busca mais a melhoria da qualidade do serviço das entidades do que uma punição, consciente de que na maioria das vezes há grande dificuldade para as instituições de longa permanência no acesso à mão de obra qualificada ou mesmo na qualificação de sua própria equipe.

Muito embora o cenário nacional seja bastante diverso, com entidades dos mais variados matizes, espera-se que a presente publicação possa, em certa medida, auxiliar na formação das equipes técnicas que atuam em ILPIs ou ao menos trazer à lume o debate a respeito da autonomia das pessoas idosas, levando a uma reflexão sobre a necessidade de revisão de conceitos que naturalizam a apatia e desumanizam os residentes em evidente prejuízo à efetivação de direitos que lhe são garantidos pela legislação pátria.

Por outro lado, nas hipóteses em que a entidade não se mostrar sensível ou até mesmo resistente à aplicação da norma, o presente trabalho tem a ambição de propiciar às equipes de fiscalização subsídios técnicos tendentes à identificação de violações ao direito à autonomia da pessoa idosa abrigada, de modo a lastrear a ação do Ministério Público e de outros entes de fiscalização que porventura adotarem o protocolo ora proposto.

2. BREVE RESUMO DA EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO RECONHECIMENTO DE DIREITOS DA PESSOA IDOSA

Um dos efeitos do aumento do percentual populacional acima dos 60 (sessenta) anos é a crescente normatização dos temas que se tornam relevantes em razão do envelhecimento, muitos deles ligados a direitos concernentes à autonomia, capacidade, assistência social e saúde.

Se traçada uma linha do tempo, é possível a identificação de marcos importantes que consagraram reconhecimento de direitos específicos para essa parcela da população, na perspectiva que o envelhecimento traz em seu bojo vulnerabilidades que exigem do Estado leis de proteção que garantam dignidade à pessoa nessa fase da vida.

Interessante notar que até a década de 70, do século 20, a produção legislativa nessa seara era muito tímida. No Brasil, restringia-se praticamente às normas de direito previdenciário, não havendo nenhum recorte ou microssistema jurídico organizado para as peculiaridades do envelhecimento que demandassem medidas específicas de proteção.

No plano internacional o primeiro marco normativo foi fruto da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento realizada em Viena no ano de 1982, cujo resultado foi o primeiro Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, aprovado pela Resolução 37/51, da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU).

Posteriormente, já no ano de 1991, a Assembleia Geral da ONU adotou, por meio da Resolução n. 46/91, os chamados “Princípios das Nações Unidas para Pessoas Idosas”. Os princípios foram elencados em eixos denominados “independência”, “participação”, “assistência”, “realização pessoal” e “dignidade”, desdobrados em 18 (dezoito) itens que consubstanciam verdadeiros enunciados sobre direitos da população idosa².

Cerca de 20 (vinte) anos após a primeira edição, foi realizada a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, sediada desta feita em Madri no ano de 2002, gerando um novo Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, mais robusto e detalhado, aprovado pela Resolução n. 57/167³. O objetivo do plano foi nomeadamente atualizar as propostas da primeira edição da Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento realizada em Viena, adequando-as aos desafios vindouros no século XXI, conforme se extrai da seguinte passagem de sua introdução (2003, p. 29):

O Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, 2002, exige mudanças das atitudes, das políticas e das práticas em todos os níveis e em todos os setores, para que possam se concretizar as enormes possibilidades que oferece o envelhecimento no século XXI. Muitos idosos envelhecem com segurança e dignidade e também elevam sua própria capacidade para participar no âmbito de suas famílias e comunidades. O objetivo do Plano de Ação consiste em garantir que em todas as partes, a população possa envelhecer com segurança e dignidade e que os idosos possam continuar participando

2 Em relação aos direitos de pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência destaca-se o enunciado número 14, cujo texto é o seguinte: “Os idosos devem ter a possibilidade de gozar os direitos humanos e liberdades fundamentais quando residam em qualquer lar ou instituição de assistência ou tratamento, incluindo a garantia do pleno respeito da sua dignidade, convicções, necessidades e privacidade e do direito de tomar decisões acerca do seu cuidado e da qualidade das suas vidas”. Disponível no endereço eletrônico https://idoso.mppr.mp.br/arquivos/File/Direitos_dos_Idosos_-_Principios_das_Nacoes_Unidas_para_o_Idoso.pdf. Acesso em 01 de novembro de 2021.

3 Disponível em http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf, acesso em 01 de novembro de 2021.

em suas respectivas sociedades como cidadãos com plenos direitos. Sem deixar de reconhecer que as bases de uma velhice sadia e enriquecedora são lançadas em uma etapa inicial da vida. O objetivo do Plano é oferecer um instrumento prático para ajudar os responsáveis pela formulação de políticas a considerar as prioridades básicas associadas com o envelhecimento dos indivíduos e das populações. Reconhecem-se as características comuns do envelhecimento e os problemas que apresenta e se formulam recomendações concretas adaptáveis às mais diversas circunstâncias de cada país. No Plano levam-se em conta as diversas etapas do desenvolvimento e as transições que estão tendo lugar em diversas regiões, assim como a interdependência de todos os países na presente época de globalização (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003, p.29).

Em consonância com os princípios consagrados pelo Plano de Madri, em âmbito nacional foi promulgada a Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003, denominada Estatuto do Idoso, que até os dias atuais é o mais importante diploma legal brasileiro sobre o direito da pessoa idosa.

Cumprir ser consignado que, no Brasil, já se encontrava em vigor a Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a política nacional do idoso, que foi regulamentada pelo Decreto n. 1.948, de 03 de julho de 1996, decreto este que foi posteriormente substituído pelo Decreto n. 9.921, de 18 de julho de 2019.

Além disso, deve ser ressaltado que a Constituição da República Federativa do Brasil (CF), promulgada em 1988, consagrou em seu art. 230 o dever do Estado, da sociedade e da família “de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”⁴.

O Estatuto do Idoso inaugurou na legislação pátria, tal qual já havia ocorrido em outras áreas do Direito como no caso da infância e juventude e do direito do consumidor, um microssistema normativo que compilou e organizou de forma sistemática os preceitos garantidores dos direitos fundamentais da pessoa idosa, regulando os temas de interesse desse segmento populacional, tais como saúde, assistência social, transporte público e instituições de longa permanência, colocando o Ministério Público como um dos agentes fiscalizadores da aplicação da lei.

4 A Constituição de Portugal prevê um preceito semelhante em seu art. 72: “As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”. Disponível no endereço eletrônico <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>, acesso em 02 de novembro de 2021.

3. O CONCEITO DE AUTONOMIA E SEUS MODELOS

3.1. O Conceito de Autonomia

Partindo de uma análise que busca um modelo para a garantia do direito ao convívio comunitário de pessoas com transtornos neurocognitivos é muito importante definir o conceito de autonomia, sobretudo, porque a forma com que a pessoa transita no meio social, via de regra, é aderente aos seus valores, crenças, vontade e preferências. Ou seja, o indivíduo tende a buscar vínculos com atividades, comunidades, pessoas que possuam afinidade com a sua visão da vida e a forma como vê o mundo.

No contexto em que a pessoa passa a residir num ambiente protegido e com regras muito rígidas, como é o caso das instituições de longa permanência para idosos, agregado a um declínio mental, o exercício dessa autonomia passa a depender da ação de terceiros.

O dilema encontrado nas instituições de longa permanência que acolhem idosos com essas características é a forma de compatibilização da segurança com a liberdade do morador.

É sabido que o comprometimento cognitivo tem como consequência a desorientação, lapsos de memória, algumas vezes pensamento delirante, e alterações de comportamento que podem resultar em episódios de agressividade, o que coloca a pessoa em condição de vulnerabilidade, seja em função de suas próprias ações seja em razão da ação de terceiros.

Tal condição causa, por uma série de razões melhor abordadas adiante, uma ação paternalista da equipe técnica da entidade de acolhimento que restringe a autonomia do idoso a ponto de impedir por completo seu acesso à comunidade. Ou seja, o idoso passa a viver enclausurado na instituição sem nenhum contato com o mundo exterior.

Não parece incomum os registros de moradores durante as fiscalizações promovidas pelo Ministério Público relatando o desejo de sair da entidade para realização de atividades externas, mesmo que simples passeios em locais frequentados no passado pelo idoso e que lhe trazem lembranças agradáveis de momentos vividos nessas localidades.

Por outro lado, no caso das pessoas idosas com transtornos neurocognitivos, o simples atendimento dessas solicitações pela equipe técnica colocaria a pessoa em situação de risco real, na medida em que as características da patologia geram prejuízo para a avaliação de situações concretas, além de déficits de memória que retiram do idoso a autonomia e independência para a realização de atividades externas sem o suporte de terceiros.

Nesse sentido, é preciso que, sob o prisma da defesa dos direitos fundamentais, se estabeleçam algumas premissas conceituais. Sob o ponto de vista jurídico, o conceito de autonomia já foi analisado com percuciência por órgãos vinculados ao Sistema Internacional de Direitos Humanos, tendo a jurisprudência de Cortes internacionais, como a Corte Interamericana de Direitos Humanos, delineado os contornos do direito à autonomia a partir do direito à privacidade, o qual, por sua vez, engloba também o direito ao desenvolvimento pessoal e o direito imanente ao ser humano de estabelecer relações intersubjetivas (ALBUQUERQUE, 2018, p. 33).

Por outro lado, ainda de acordo com o entendimento da Corte Interamericana, o direito à autonomia veda qualquer ação do Estado que “converta o indivíduo em sujeito alheio às eleições feitas por ele sobre sua própria vida, seu corpo e o desenvolvimento pleno de sua personalidade (ALBUQUERQUE, 2018, p. 33).

Portanto, o direito à autonomia, na forma do conceito construído pelas Cortes internacionais de direitos humanos, consiste no direito inalienável à construção de um projeto de vida baseado nas escolhas e preferências individuais com o fim do desenvolvimento da personalidade do indivíduo em sua plenitude⁵.

É preciso lembrar, ainda, que a autonomia não se restringe a um único ato. Trata-se, na verdade, de um processo de construção ao longo da vida. Implica o reconhecimento de valores, crenças, decisões pretéritas erradas que levaram a um aprendizado, contextos sociais e econômicos nos quais a pessoa se vê inserida. Portanto, não é fácil de ser implementada num contexto em que sua gestão é necessariamente vinculada ao apoio de terceiros, como é o caso das equipes técnicas de instituições de longa permanência que tem o dever de pensar estratégias para tornar efetivo o dito direito dos idosos residentes.

3.1.1. Autonomia e Liberdade

Em primeiro lugar, num cenário como o que se apresenta, é preciso distinguir o conceito de liberdade em relação ao conceito de autonomia. No caso de pessoas com transtornos neurocognitivos, a referência à liberdade como ausência de restrição externa ou interna à realização de desejos e vontades, tal qual aplicada a pessoas sem qualquer patologia, levaria a conclusões equivocadas e que mascarariam a complexidade das situações que se apresentam no cotidiano das equipes responsáveis pelos cuidados com esse segmento populacional.

⁵ No entanto, Herring (2016, p. 54-55) utilizando-se do critério adotado por John Coggon indica que conforme o caso a autonomia pode ser vista por várias faces. Em primeiro lugar a autonomia como forma de concretização do desejo idealizado da pessoa (*ideal desire autonomy*), onde ter autonomia significaria agir de acordo com o que a pessoa deveria desejar de acordo com padrões e valores sociais universalmente aceitos. Em contraposição a esse modelo, haveria uma autonomia que refletiria os desejos pessoais do indivíduo baseados nos valores por ele construídos ao longo da vida, mesmo que conflitassem com padrões sociais do que deveria ser desejável ou do que deveria ser a melhor decisão para a pessoa (*best desire autonomy*). E por fim, haveria a visão de que autonomia deve consubstanciar a concretização do desejo imediato da pessoa, mesmo que contrária aos valores da própria pessoa, ou seja, a autonomia consistiria na realização do desejo imediato e irrefletido da pessoa (*current desire autonomy*). É interessante observar que o *Mental Capacity Act* (disponível em <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/section/1>, acesso em 03 de novembro de 2021), legislação britânica que trata da incapacidade em casos de transtornos mentais prevê entre os seus princípios o direito de a pessoa não ser considerada incapaz pelo simples fato de tomar decisões consideradas temerárias ou pouco sábias ("*a person is not to be treated as unable to make a decision merely because he makes an unwise decision*").

Do ponto de vista legal, o direito à liberdade como direito fundamental de todas as pessoas, independentemente da faixa etária, está previsto genericamente no *caput* do art. 5º, da CF, donde é possível extrair vários direitos mais específicos, como o direito de livre manifestação do pensamento (art. 5º, inciso IV), o direito de livre locomoção (art. 5º, inciso XV), o direito de crença (art. 5º, inciso VI) e o direito de livre associação (art. 5º, inciso XVII). Ou seja, a lei fundamental consagrou uma cláusula geral de liberdade seguida por vários desdobramentos mais específicos, que podem ser concebidos como direitos especiais de liberdade (SARLET; VALE, 2013, p. 220/221).

No que tange à legislação que trata dos direitos do idoso, o direito à liberdade encontra-se previsto nos arts. 2º; 3º, *caput*; e 10, do Estatuto do Idoso, sendo este último inserido num capítulo específico para o tema, qual seja o Capítulo II, do Título II⁶.

Por óbvio, para nenhuma pessoa, seja ela idosa ou não, é garantido um direito à liberdade de forma ilimitada. Uma concepção de liberdade feita de maneira absoluta e irrestrita levaria ao caos e a impossibilidade de vida em sociedade, na medida em que a liberdade de alguns, levada ao extremo, se chocaria inevitavelmente com a liberdade de outros.

6 De acordo com o previsto no parágrafo 1º, do art.10, do Estatuto do Idoso, o direito à liberdade compreende, entre outros, os seguintes aspectos: I - faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais; II - opinião e expressão; III - crença e culto religioso; IV - prática de esportes e de diversões; V - participação na vida familiar e comunitária; VI - participação na vida política, na forma da lei; VII - faculdade de buscar refúgio, auxílio e orientação.

Outro ponto que deve ser ressaltado e que se cogita analisar presentemente é a liberdade jurídica, que se apresenta ora com o viés negativo ora com o viés positivo⁷. A liberdade negativa consiste na ausência de obstáculo legal para fazer ou deixar de fazer alguma coisa (ALEXY, 2008, p. 222), enquanto a liberdade positiva pressupõe condições físicas, econômicas e sociais para agir de acordo com os desígnios da pessoa. A título de exemplo, permite-se imaginar uma pessoa com transtornos neurocognitivos que é livre para fazer ou deixar de fazer uma viagem (liberdade negativa), mas não consegue realizar seu intento em função de suas limitações físicas que a impedem de planejar a viagem e celebrar os contratos necessários para a concretização de seu intento.

Os textos legais acima mencionados se referiram à liberdade negativa, ou seja, na ausência de obstrução para o exercício de direitos. Sob tal aspecto cabe ao Estado evitar editar normas que criem obstáculos para o exercício da liberdade da população idosa, que se materializam nas liberdades específicas previstas no ordenamento jurídico, como por exemplo a liberdade de crença, ou de manifestação de opinião.

Deve ser observado, no contexto do abrigamento de pessoas idosas, que o tema, por exemplo, relativo à possibilidade de sair da entidade desacompanhado está mais ligado ao tema liberdade do que ao tema autonomia. Portanto, as medidas restritivas adotadas pelas entidades de acolhimento no que se refere ao direito de ir e vir dos moradores identificam-se mais fortemente com o direito de liberdade.

Nesse ponto da exposição, faz-se necessário observar que os conceitos liberdade e autonomia, muito embora sejam distintos, conectam-se. A autonomia consiste basicamente na construção e no exercício da identidade do indivíduo, de seus planos de vida e de sua autodeterminação como pessoa (ALBUQUERQUE, 2018, p. 45). Segundo Albuquerque (2018, p. 8/9):

7 A distinção entre liberdade negativa e liberdade positiva é atribuída à Isaiah Berlin, em sua obra "Dois Conceitos de Liberdade", de 1958.

A liberdade diz respeito ao espectro de ação sem constrangimento interno ou externo. Por outro lado, a autonomia diz respeito à independência e à autenticidade dos próprios valores, desejos e emoções que impelem à atuação do indivíduo. Com efeito, a autonomia envolve a soberania da vontade do indivíduo e a liberdade a ação sem interferências externas. Assim, uma pessoa privada de liberdade pode ter preservada de forma significativa sua autonomia, mesmo tendo sua liberdade de ação suprimida. Por outro lado, uma pessoa com grave demência pode ter sua autonomia comprometida, mas manter a liberdade de agir.

Portanto, muito embora liberdade e autonomia sejam conceitos que se relacionem, não se confundem. Necessário salientar, ainda, que em relação a pessoas com transtornos neurocognitivos, a liberdade plena pode ampliar sua vulnerabilidade criando situação de risco. Ou seja, como no exemplo do idoso com demência que deseja vagar a esmo e sozinho fora da instituição de longa permanência onde reside, a adoção de um conceito de liberdade ilimitada implica não na garantia de direitos mas sim em exposição a risco.

Segundo Kong (2018, p. 36) a liberdade articula condições de ação enquanto a autonomia articula condições de vontade. Por outro lado, a autonomia do indivíduo poderá ser garantida conforme a equipe técnica da instituição atue ou não na construção de uma estratégia visando a promover a continuidade do projeto de vida daquela pessoa tal qual até então construído (DONNELLY, 2011, p. 46).

Outro ponto que deve ser salientado é que as instituições de longa permanência, tal qual todas as entidades que por sua natureza impliquem no convívio com outras pessoas, devem possuir regras de funcionamento de seus diversos serviços e uma vez admitido a pessoa idosa deve se submeter a tais regras, desde que, obviamente, não consubstanciem cláusulas abusivas.

Ou seja, a liberdade não encontra limites apenas na questão do direito de ir e vir, mas também nas regras de convivência, que podem limitar legitimamente a liberdade estabelecendo, por exemplo, limites ao uso de aparelhos sonoros ou horários de regresso à instituição em caso de passeios.

Ao fim e ao cabo, haverá sempre a liberdade de não se institucionalizar ou de buscar outra entidade cujo perfil seja mais adequado ao perfil da pessoa idosa que busca acolhimento.

3.1.2. Autonomia e Capacidade

Outro termo cujo conceito precisa ser apartado do conceito de autonomia é o de capacidade. O direito brasileiro distingue a capacidade de direito (ou de gozo) da capacidade de fato (ou de exercício), conceituando a primeira como a aptidão genérica para ser titular de direitos e a segunda como a aptidão de praticar pessoalmente os atos da vida civil (FARIAS; ROSENVALD, 2006, p. 190/191). Ou seja, em determinadas condições a pessoa pode ser titular de um direito, mas não poder exercê-lo pessoalmente. É o caso de uma criança de tenra idade que passa a ser titular do direito de propriedade sobre um apartamento, mas não pode exercer pessoalmente os direitos que decorrem da propriedade desse bem, como vendê-lo ou alugá-lo. Nesse caso, para usufruir plenamente do bem a criança precisará de um representante legal para agir em seu nome, função que normalmente cabe aos seus genitores.

Conforme a condição da pessoa, o enquadramento jurídico pode ser como plenamente capaz, relativamente incapaz ou absolutamente incapaz. No primeiro caso, a pessoa exerce plenamente seus direitos sem a necessidade de nenhum intermediário, no segundo caso, exige-se uma assistência, ou seja, uma pessoa que pratique o ato em conjunto com a pessoa de modo a suprir eventuais fragilidades decorrentes de sua condição, e no último caso um representante legal pratica o ato em nome da pessoa, representando-a.

Até o ano de 2015, as pessoas com transtornos neurocognitivos poderiam ser enquadradas ou como totalmente incapazes, caso não tivessem o necessário discernimento para a prática de atos jurídicos, ou como relativamente incapazes, caso tivessem o discernimento reduzido, conforme a redação então vigente dos artigos 3º e 4º, do Código Civil⁸. Tal gradação deveria ser determinada por meio de perícia a ser realizada no bojo de um processo de interdição.

Contudo, o advento da Lei 13.146/15, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência ou Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência; alterou profundamente a chamada teoria das incapacidades. Na verdade, o referido ato normativo regulamentou ao nível da legislação ordinária brasileira os preceitos da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência que, dentre outros ditames, previu em seu art. 12 uma quebra de paradigma no tema da capacidade civil^{9 10}.

8 O texto então vigente do Código Civil possuía a seguinte redação:

“Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos”.

“Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer: II - os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido”.

9 Eis o texto do item 4, do art. 12, da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: “Os Estados Partes assegurarão que todas as medidas relativas ao exercício da capacidade legal incluam salvaguardas apropriadas e efetivas para prevenir abusos, em conformidade com o direito internacional dos direitos humanos. Essas salvaguardas assegurarão que as medidas relativas ao exercício da capacidade legal respeitem os direitos, a vontade e as preferências da pessoa, sejam isentas de conflito de interesses e de influência indevida, sejam proporcionais e apropriadas às circunstâncias da pessoa, se apliquem pelo período mais curto possível e sejam submetidas à revisão regular por uma autoridade ou órgão judiciário competente, independente e imparcial. As salvaguardas serão proporcionais ao grau em que tais medidas afetarem os direitos e interesses da pessoa”.

10 A Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência foi ratificada pelo Brasil, aprovada pelo Congresso Nacional pelo Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008, e promulgada pelo Decreto nº 6.948, de 25 de agosto de 2009. Por ter sido aprovada pelo quórum qualificado previsto pelo art. 5º, parágrafo 3º, da Constituição Federal, possui status de emenda constitucional.

Em linhas gerais a Lei 13.146/15 alterou o Código Civil estabelecendo que em relação a pessoas adultas com transtornos neurocognitivos a capacidade só poderá ser restringida relativamente e limitada aos atos de natureza patrimonial. Além da alteração do texto dos artigos 3º e 4º, do Código Civil, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência previu de forma expressa, em seu art. 85, que a curatela não “alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto”.

Ou seja, a possibilidade de declaração de incapacidade de uma pessoa adulta por meio de um processo de curatela não afeta seus direitos existenciais e nem tampouco outorga poderes ao curador para suprimir o projeto de vida do curatelado, anulando seus anseios e eliminando suas potencialidades¹¹. Por tal motivo, é equivocado confundir-se os conceitos de capacidade jurídica com o de autonomia¹². Nesse sentido, mostra-se pertinente o escólio de Farias e Rosenvald (2016, p. 96):

Realmente, em tempos pós-modernos, com preocupações de inclusão social e cidadania, não mais se pode admitir que a lei repute um ser humano incapaz absolutamente somente por conta de uma deficiência física ou mental e, muito pior do que isso, que promova uma transferência compulsória das decisões e escolhas sobre sua vida e as suas relações existenciais para um terceiro, o curador, aniquilando a sua vontade e a sua preferência. Equivale, na prática, a uma verdadeira morte civil de um humano.

11 É importante salientar que o conceito do direito de civil de capacidade de fato e de capacidade de direito é, para alguns autores (MIRANDA), inaplicável aos direitos humanos fundamentais, e para outros (CANOTILHO, 1998, p. 387/388) aplica-se apenas em relação a direitos fundamentais para cujo exercício for necessária a tomada de decisão e exijam alguma maturidade para seu exercício, como por exemplo o direito de associação. Deve-se consignar que ambos os autores em seus textos têm em mente a incapacidade decorrente da idade e não em função de algum comprometimento mental.

12 Todavia é necessário registrar que a autonomia pode ser tolhida por via indireta em função do reconhecimento judicial da incapacidade civil da pessoa. Por tal motivo, a Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência regulou o tema da capacidade em seu artigo 12. A capacidade funciona como uma espécie de porteiro (gatekeeper) do acesso à autonomia (Nesse sentido DONELLY, 2011, pág. 2). Nas palavras de Donelly (2011, p. 2) “while respect for autonomy provides the principled foundation for the law’s approach to decision-making, the question of whether or not each individual’s decision will actually be respected is dependent on whether she meets the legal standard for capacity in respect of the decision in question”.

Por mais grave que se pronuncie a patologia, é fundamental que as faculdades residuais da pessoa sejam preservadas, em especial as que dizem respeito às suas crenças, preferências, vontade, valores e afetos, em um âmbito condizente com o seu real e concreto quadro psicofísico. Ou seja, na qualidade de valor, o *status personae* não se reduz à capacidade intelectual da pessoa, estando, em verdade, vocacionado à satisfação de suas necessidades existenciais, que transcendem o plano puramente objetivo do trânsito das titularidades” .

Usualmente, muitos idosos residentes em instituições de longa permanência, em função dos transtornos neurocognitivos que ostentam, estão sob o regime de curatela. Nesse contexto, não é incomum às equipes técnicas se referirem apenas ao curador para buscar autorização para toda e qualquer atividade, com graves prejuízos à autoestima da pessoa idosa.

É preciso fixar que o fato de a pessoa idosa estar sob o regime de curatela não impede a equipe técnica da entidade de acolhimento de trabalhar sua autonomia, buscando criar estratégias que permitam o desenvolvimento de um projeto de vida possível no ambiente onde se encontra.

Consoante demonstrado acima o poder do curador não afeta os direitos existenciais da pessoa sob o regime de curatela, limitando-se à prática dos atos de natureza patrimonial. Ou seja, se por um lado o curador tem poderes para realizar pagamentos e firmar recibos em nome da pessoa idosa sob o regime de curatela, não pode privá-lo do convívio comunitário ou de atividades de lazer identificadas com sua personalidade e que, lastreada em diagnóstico da equipe multidisciplinar, tenham o potencial de promover sua autonomia.

Eventual discordância quanto o desempenho de tais atividade ou eventual desrespeito imotivado das vontades e preferências da pessoa idosa sob o regime de curatela pode levar, inclusive, ao afastamento do curador. Note-se que o art. 758, do Código de Processo Civil, estipula que “o curador deverá buscar tratamento e apoio apropriados à conquista da autonomia pelo interdito”.

3.1.3. Autonomia e Independência

Outro conceito que se relaciona com o de autonomia é o de independência. A Convenção Interamericana de Direitos Humanos da Pessoa Idosa mencionou a independência do idoso como um direito a ser garantido pelos Estados membros. Aliás, a independência figura entre seus princípios gerais (art. 3º, alínea c). É interessante observar, ainda, que no texto da Convenção a palavra independência no mais das vezes vem acompanhada da palavra autonomia, tudo a indicar que apesar de distintos, os conceitos se relacionam. Maior exemplo dessa relação é o título dado ao art. 7º, que é justamente “direito à independência e à autonomia”.

Ao enunciar o direito à autonomia e à independência a Convenção pareceu não se preocupar em diferenciar os conceitos, conforme previsão do referido art. 7º:

Os Estados Partes na presente Convenção reconhecem o direito do idoso a tomar decisões, a definir seu plano de vida, a desenvolver uma vida autônoma e independente, conforme suas tradições e crenças, em igualdade de condições, e a dispor de mecanismos para poder exercer seus direitos.

O Estatuto do Idoso, no entanto, não prevê o direito à independência de maneira expressa, muito embora seja possível extraí-lo de outros preceitos previstos no texto legal, como, por exemplo, o art. 2º e o art. 10.

Contudo, nas normas regulamentares das instituições de longa permanência o conceito de independência está relacionado às condições físicas e mentais da pessoa para o desempenho de atividades da vida diária. A Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 502, de 27 de maio de 2021, que dispõe sobre o funcionamento de instituições de longa permanência para idosos de caráter residencial, consagra em seu art. 3º, inciso II, a definição de dependência do idoso como sendo a “condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades da vida diária”. Em seguida, prevê em seu art. 3º, inciso IV, os graus de dependência, conforme haja comprometimento no desempenho de alguma atividade cotidiana, como alimentar-se, vestir-se ou ir ao banheiro¹³.

Interessante observar que a Lei Estadual nº 8.049, de 17 de julho de 2018, do Estado do Rio de Janeiro, que estabelece normas para o funcionamento de instituições de longa permanência, adotou o mesmo critério para classificar os idosos conforme o seu grau de dependência.

Tem-se, portanto, ao menos no que se refere ao universo normativo das instituições de longa permanência, a consagração do conceito de independência com a ausência de restrições físicas ou mentais para o desempenho de atividades da vida diária, permitindo-se sua gradação conforme o número de atividades comprometidas.

13 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.

Notou-se que, nesse sentido, o conceito de independência não se confunde com o conceito de autonomia, uma vez que um se liga ao desempenho de tarefas cotidianas enquanto a autonomia se conecta ao desenvolvimento de um projeto de vida, de realização de vontades e preferências. Logo, a perda de independência, muito embora possa ter repercussões no plano da autonomia, não a inviabiliza absolutamente. A título de exemplo, a equipe da entidade pode oferecer apoio a um idoso em uma cadeira de rodas (independência comprometida no sentido consagrado pela norma da ANVISA) de modo a manter preservada sua autonomia para desenvolver plenamente suas potencialidades de acordo com seu perfil.

3.2. Modelos de Autonomia

O conceito de autonomia evoluiu ao longo do tempo, conforme foram percebidos nuances sobre a forma de sua aplicação à realidade das populações vulneráveis, onde se insere a população idosa com declínio cognitivo.

3.2.1. Autonomia Tradicional

O modelo de autonomia tradicional calcado na filosofia liberal pressupõe a não intervenção na esfera de escolhas individuais. Ou seja, a autonomia é garantida basicamente por um não agir de terceiros ou do Estado. Assim, garantir a autonomia do indivíduo consistiria em deixá-lo livre para fazer suas opções de vida sem qualquer intervenção externa. Segundo Biroli (2013, posição 276):

No pensamento liberal contemporâneo, a compreensão de que os indivíduos são igualmente capazes de definir suas preferências e fazer escolhas sobre como viver suas vidas está na base de abordagens influentes das conexões entre autonomia, liberdade individual e igualdade.

Ou seja, o modelo liberal parte do pressuposto de que a construção da autonomia se trata de uma tarefa individual e que para o seu exercício basta a não intervenção estatal e a ausência da coerção de terceiros.

Porém, tal modelo negligencia aspectos importantes como o contexto social em que vive o indivíduo e sua própria condição de higidez mental. Teoriza a partir de um ser humano desconectado do meio em que vive, das estruturas sociais que moldam seu comportamento de forma estruturante e de seu histórico de vida, pressupondo igualdade de condições para o exercício da autonomia simplesmente pela condição de ser humano. Nas palavras de Biroli (2013, posição 304).

Mesmo quando o igual respeito à liberdade e à autonomia dos indivíduos é garantido pelas leis, há hierarquias significativas organizando a produção social das preferências e as possibilidades de ação, restringindo ou ampliando o horizonte em que se definem.

A título de exemplo, num ambiente de violência doméstica esse modelo, ao invés de cancelar a legítima vontade da mulher, poderia, ao revés, mascarar a opressão do agressor como fator determinante para a manifestação da vontade.

Também num contexto de transtorno neurocognitivo, a aplicação de um modelo tradicional teria grandes chances de colocar o indivíduo em risco ao invés de promover uma real autonomia.

3.2.2. Autonomia Relacional

O modelo de autonomia relacional analisa o contexto social e cultural em que a pessoa se encontra inserida. Nenhuma decisão é tomada a partir de um sujeito sem história ou desconectado de um sistema de crenças. Assim, muitas vezes esse sistema de crenças encaminha a pessoa para as decisões que toma ao longo da vida. Foram muito influentes nessa guinada teórica os estudos feministas. Segundo Biroli (2013, posição 286)

... enquanto no pensamento liberal individualismo abstrato, preferências individuais e autonomia são largamente vinculados, o feminismo avançaria na análise da posição concreta dos indivíduos e da produção social das preferências para que a autonomia deixasse de ser um ideal desencarnado”.

Diferentemente do modelo tradicional é relevante verificar se o contexto no qual a pessoa vive afeta ou não sua autonomia, uma vez que muitas vezes, seja em razão de fatores culturais, sociais, religiosos ou familiares, o leque de opções pode ser alterado de modo a causar prejuízo à construção do projeto pessoal do indivíduo.

Havendo algum elemento externo limitador da autonomia, caberia uma intervenção externa, no mais das vezes estatal, de modo a garantir o direito da pessoa afetada. Não se trata de tarefa fácil discernir o ponto exato em que tal contexto exigirá uma intervenção externa de modo a garantir o exercício da autonomia individual. Por um lado, todas as escolhas estão, em certa medida influenciadas pela história, pelo contexto cultural e social onde vive o indivíduo. Não se poderia imputar como inidônea, por exemplo, a decisão de um indivíduo que abandona o sonho de estudar numa universidade para trabalhar em razão da notícia da gravidez da namorada. Obviamente que tal decisão estaria toldada por um fato externo e pela pressão social que exige a responsabilidade paterna, porém, não se teria por inidônea ou tampouco se identificaria qualquer violação a direito fundamental.

Por outro lado, a situação seria diferente, no caso de uma mulher, temerosa de se lançar à miséria por falta de recursos financeiros, que manifesta sua vontade de permanecer casada com o marido que a agride. Ainda que o mesmo não a tenha coagido a permanecer casada, no sentido literal do termo, sua autonomia encontra-se limitada por falta de confiança na possibilidade de sucesso da escolha da opção de separação, seja por falta de apoio familiar, seja por falta de estrutura estatal de proteção social¹⁴.

14 Note-se que até mesmo a decisão de ser acolhido em instituição de longa permanência pode consubstanciar violação ao direito de autonomia do idoso, nos casos em que tal posição é decorrente de pressão de familiares ou falta de estrutura local, seja pública ou privada, para concretização de possibilidades alternativas, como a opção por frequentar Centros Dia e retornar ao lar ao final do período.

Assim, o modelo relacional questiona o modelo tradicional de autonomia, na medida em que desvela que o exercício do direito de escolha do indivíduo não é sempre garantido apenas como uma ação negativa de terceiros ou do Estado, exigindo um olhar mais profundo caso a caso no intuito de investigar a motivação do ato e se essa motivação não pode consistir numa violação ao direito fundamental à autonomia.

3.2.3. Autonomia Promocional

Quando a análise incide sobre o indivíduo com alguma deficiência mental ou intelectual, ou algum transtorno neurocognitivo, a aferição do respeito ao direito à autonomia torna-se ainda mais complexa.

O efeito da aplicação ao modelo tradicional a casos como esses é relegar a pessoa à própria sorte mantendo-a eternamente alheia às decisões de sua própria vida. Melhor explicando, a não oferta de medidas de apoio implicará na exclusão social e na impossibilidade do exercício da autonomia. Ao revés do que normalmente se espera, a não intervenção de terceiros ou do Estado não significa, nestas hipóteses, liberdade, mas sim abandono.

Basta imaginar uma pessoa que nasça com alguma deficiência intelectual. A falta de intervenção precoce que possibilite, por exemplo, sua inserção no sistema de educação, a privará de uma série de opções futuras. No mesmo sentido, seria imaginar uma pessoa com deficiência auditiva privada do acesso ao ensino da língua brasileira de sinais (Libras). O exercício de sua autonomia seria o mesmo em relação a um outro indivíduo que pudesse se comunicar no referido sistema linguístico? Certamente que não.

Desta forma, sobretudo para o grupo de pessoas com deficiência, o exercício da autonomia impõe o reconhecimento do dever estatal de promover o acesso dessa população a estruturas de apoio e tecnologias assistivas que permitam um incremento paulatino de sua independência e inserção social. Segundo Albuquerque (2018, p. 21):

Quanto ao princípio da autonomia pessoal, o modelo da autonomia como promoção impõe o comando no sentido da criação de oportunidades que propiciem sua existência e materialização. Nesse sentido, quando uma pessoa não tem como fazer escolhas por ausência de alternativas, torna-se dificultoso sustentar a presença da autonomia.

Para o exercício do direito à autonomia para pessoas com deficiência é fundamental a oferta de suportes que neutralizem os impedimentos de condição pessoal que obstem o pleno desenvolvimento do plano de vida estabelecido pelo indivíduo. Esses mecanismos de suporte podem ser categorizados em três tipos: a) suportes para formulação de objetivos e explorar alternativas; b) suportes para engajar a pessoa no processo de tomada de decisão; e c) suportes para concretizar o agir em consonância com a decisão tomada (ALBUQUERQUE, 2018, p. 120)¹⁵.

Em termos jurídicos, é possível concluir que o ordenamento brasileiro consagra expressamente o modelo de autonomia promocional. Em primeiro plano cumpre ser destacado o art. 230, da CF, cujo texto é o seguinte: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”.

15 Para maiores detalhes vide BACH, Michael; KERZNER, Lana. A New Paradigm for Protection Autonomy and the Rights to Legal Capacity. Disponível em <https://www.lco-cdo.org/wp-content/uploads/2010/11/disabilities-commissioned-paper-bach-kerzner.pdf>. Acesso em 23 de setembro de 2021.

Ao tratar de idosos com algum declínio cognitivo, com perda de autonomia e independência, a legislação que trata dos direitos da pessoa idosa dialoga fortemente com a legislação específica de inclusão da pessoa com deficiência, sobretudo no que se refere aos suportes necessários para o desenvolvimento dos projetos de vida de cada indivíduo nessa condição de vulnerabilidade. É possível extrair da legislação infraconstitucional de ambas as áreas temáticas (idoso e pessoa com deficiência) normas que reafirmam o dever da família, de sociedade e do Estado de fornecer o suporte necessário para o exercício da autonomia da pessoa idosa com transtorno neurocognitivo^{16 17}.

3.2.4. A Autonomia do Idoso com Transtorno Neurocognitivo

O envelhecimento é muitas vezes associado ao declínio cognitivo da pessoa. No entanto, há que se fazer uma distinção preliminar entre o que se concebe como senescência e o que é considerado senilidade. No primeiro caso, identifica-se um declínio natural das condições físicas e biológicas do indivíduo que não afetam sua capacidade de entendimento e de interação com as outras pessoas. Enquanto num quadro de senilidade, há a presença de um declínio patológico com comprometimento da capacidade cognitiva e que acarreta problemas de sociabilidade e de comunicação. Contudo, o uso dos dois termos é muitas vezes disseminado de forma imprecisa, causando, não raro, confusão conceitual. Segundo Cançado, Alanis e Horta (2017, p. 517)

16 A pessoa idosa com transtorno neurocognitivo pode enquadrar-se no conceito de pessoa com deficiência na medida em que apresenta um impedimento de longo prazo de natureza mental, que, em interação com barreiras das mais variadas naturezas, pode obstruir sua participação plena na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (vide art. 2º, da Lei 13.146/15).

17 É exemplo do dever legal de oferecer suporte para o exercício da autonomia da pessoa com deficiência o art. 74, da Lei 13.146/15, que preceitua: "É garantido à pessoa com deficiência acesso a produtos, recursos, estratégias, práticas, processos, métodos e serviços de tecnologia assistiva que maximizem sua autonomia, mobilidade pessoal e qualidade de vida".

O envelhecimento patológico (senilidade) ocorre quando esses mesmos danos se derem em uma intensidade muito maior, levando a deficiências funcionais marcantes e, seguramente, a alterações das funções nobres do SNC, atingindo, especialmente, as relacionadas com a capacidade intelectual do indivíduo, por meio de alterações da atenção, memória, raciocínio e juízo crítico, as funções práticas e gnósicas, na fala e outros tipos de comunicação e, conseqüentemente, comprometendo progressiva e severamente a sua vida de relação, sua afetividade, sua personalidade e sua conduta. Entretanto, senilidade é um termo amplo, impreciso e, muitas vezes, mal-empregado, que torna indistinta a fronteira entre a idade e a doença física ou mental. Esta palavra não pode existir na prática médica, sociológica ou legal. É em decorrência dessa confusão que sintomas importantes são comumente atribuídos à idade (subentendendo-se, senilidade) pelos familiares, pelo próprio idoso e, infelizmente, por muitos profissionais da área. As afirmativas "É a idade..." e "É da idade..." podem seguramente mascarar doenças graves (agudas ou crônicas), protelar a ida ao profissional de saúde, e, conseqüentemente, retardar o início da abordagem clínica e o tratamento.

O conceito de transtorno neurocognitivo, também conhecido como síndrome cerebral orgânica, vem sendo adotado mais modernamente em lugar do conceito de demência. Trata-se de

... um termo geral que descreve a função mental diminuída devido a uma doença médica que não seja uma doença psiquiátrica. Ainda hoje, o termo demência é frequentemente usado como sinônimo porque os diversos transtornos envolvem deficiências cognitivas e declínios semelhantes, que afetam mais frequentemente pessoas idosas¹⁸.

A 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5, 2013), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, agrupou sob a nomenclatura “transtornos neurocognitivos” o delirium, as demências e outros transtornos cognitivos. Os termos transtorno cognitivo leve (TCL) e demência passaram a ser referidos, respectivamente, como transtorno neurocognitivo leve (TNL) e transtorno neurocognitivo maior (TNM).

A doença cujo diagnóstico é bastante associado ao envelhecimento é o Mal de Alzheimer, ainda que outras doenças possam também levar a transtornos neurocognitivos (como a degeneração frontotemporal e a doença dos corpos de Lewy por exemplo¹⁹) e, portanto, colocar o paciente na posição de fragilidade a que se refere este estudo. Segundo a dupla Speranza e Mosci (2017, p. 565):

A prevalência de demência varia substancialmente entre as diversas regiões do mundo. Na América Latina, a prevalência é maior do que o esperado para o nível de envelhecimento populacional, fenômeno explicado pela combinação de baixo nível educacional e alta prevalência do perfil de risco vascular (Rizzi *et al.*, 2014).

18 ABCMED, 2019. Distúrbio neurocognitivo - conceito, causas, diagnóstico, tratamento, evolução. Disponível em: <<https://www.abc.med.br/p/saude-do-idoso/1334903/disturbio-neurocognitivo-conceito-causas-diagnostico-tratamento-evolucao.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

19 O DSM-5, 2013, arrola especificamente como subtipos de transtornos neurocognitivos maiores e leves a Doença de Alzheimer, a Degeneração lobar frontotemporal, a Doença com corpos de Lewy, a Doença vascular, a Lesão cerebral traumática, o Uso de substância/ medicamento, a Infecção por HTV, a Doença de príon, a Doença de Parkinson e a Doença de Huntington (p. 592).

Dados recentes de estudo clinicopatológico realizado no Brasil (Grinberg *et al.*, 2013) mostraram as seguintes prevalências dos subtipos de demências: doença de Alzheimer (35,4%), demência vascular (21,2%), demência mista (13,3%) e outras causas de demência (30,1%). Em comparação a outros países, esses dados mostraram prevalências mais baixas de doença de Alzheimer e mais altas de demência vascular (DV) e demência mista (DM). A alta prevalência encontrada de DV e DM provavelmente reflete o acesso limitado da população estudada ao controle adequado dos fatores de risco cardiovasculares.

Ao nível internacional preferiu-se o termo demência que é utilizado como um termo “guarda-chuva”, que abarca uma série de síndromes e doenças que afetam a cognição, raciocínio lógico, memória, alteração de comportamento e perda da independência para realização de atividades cotidianas (MILTE *et alii*, 2015)^{20 21}.

A grande repercussão para a pessoa idosa no diagnóstico de um transtorno de semelhante natureza é o comprometimento progressivo da capacidade para tomada de decisões. Num quadro como esse, há evidente aumento da vulnerabilidade da pessoa, uma vez que haverá perda de autonomia com repercussões, no plano jurídico, na capacidade civil.

20 Esse conceito é utilizado pela Organização Mundial de Saúde, no texto do Plano de Ação Global para as Demências: “Dementia is an umbrella term for several diseases that are mostly progressive, affecting memory, other cognitive abilities and behaviour that interfere significantly with a person’s ability to maintain the activities of daily living. Alzheimer disease is the most common form of dementia and may contribute to 60–70% of cases. Other major forms include vascular dementia, dementia with Lewy bodies, and a group of diseases that contribute to frontotemporal dementia. The boundaries between different forms of dementia are indistinct and mixed forms often coexist” (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_28-en.pdf, acesso em 13 de setembro de 2021).

21 O próprio DSM-V reconhece o uso do termo demência como sinônimo de transtorno neurocognitivo, preferindo, no entanto, o uso deste último: “O termo demência é mantido no DSM-5 para continuidade, podendo ser usado em contextos em que médicos e pacientes estejam acostumados a ele. Embora demência seja o termo habitual para transtornos como as demências degenerativas, que costumam afetar adultos com mais idade, o termo transtorno neurocognitivo é amplamente empregado, sendo, em geral, o termo preferido para condições que afetam pessoas mais jovens, como o prejuízo secundário a lesão cerebral traumática ou a infecção pelo HIV. A definição de TNC maior, além disso, é mais ampla que o termo demência, no sentido de que pessoas com declínio substancial em um só domínio podem receber esse diagnóstico, mais notadamente a categoria do DSM-IV “Transtorno Amnésico”, agora diagnosticado como TNC maior devido a outra condição médica e para o qual o termo demência não será utilizado” (2014, p. 591).

Tal contexto gerou a necessidade de políticas públicas atentas a mitigar os efeitos deletérios de a inserção de idosos com transtornos neurocognitivos em ambientes asilares desprovidos de recursos humanos adequados, seja pela insuficiência ou pelo despreparo da equipe.

Pela possibilidade de caracterização de situação de risco para essa parcela mais vulnerável da população idosa, o tema mereceu atenção do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento²², aprovado pela II Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento, realizada em Madri no ano de 2002, por meio da Resolução n. 57/167. O tema 6, da orientação prioritária II, trouxe enunciados específicos em relação aos direitos de pessoas idosas com algum grau de perda cognitiva em ambientes asilares. São os enunciados 87 a 89, transcritos abaixo:

87. A incidência da diminuição da capacidade e a incapacidade aumentam com a idade. As mulheres idosas são particularmente vulneráveis à incapacidade na velhice devido, entre outras coisas, a diferenças entre os gêneros no que respeita à expectativa de vida e à propensão a doenças, assim como às desigualdades por razão de sexo sofrida durante a vida.

88. Os efeitos da diminuição da capacidade e da incapacidade se são agravados com frequência pelos estereótipos negativos a respeito das pessoas incapacitadas, que podem levar a que se deprecie sua capacidade e que as políticas sociais não lhes permitam tornar efetivas todas.

89. As intervenções propícias e os ambientes favoráveis a todos os idosos são indispensáveis para promover a independência e capacitar os idosos com incapacidades, para participarem plenamente em todos os aspectos da sociedade. O envelhecimento das pessoas com problemas cognitivos é fator que deve ser considerado nos processos de planejamentos e tomada de decisões.

22 Disponível em http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf, acesso em 01 de novembro de 2021.

Sobretudo se inseridos em ambientes asilares, os idosos com transtornos neurocognitivos são mais suscetíveis a sofrer violação de direitos (LACHS; PILLEMER, 2015). **Fragilizadas as formas de entendimento e comunicação de vontades e preferências, os cuidados dispensados pelas equipes técnicas das entidades de acolhimento exigirão, por certo, estratégias mais complexas para inserção dos moradores em tais condições de saúde nas atividades desenvolvidas com intuito de manutenção de vínculos familiares e comunitários.**

Ressalta-se que conforme levantamento do CENSO do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) observou-se a presença de declínio cognitivo em 60,6% a 78,8% dos idosos residentes em instituições de longa permanência investigados (BRASIL, 2021, p. 12), o que revela a prevalência desse perfil da pessoa idosa institucionalizada, indicando a relevância do tema no que tange a se estabelecer uma estratégia de ação de equipe técnica da entidade de acolhimento no que se refere aos serviços prestados e ao manejo de situações cotidianas que envolvam pessoas idosas acolhidas com transtornos neurocognitivos.

Aliás, a presença de transtornos cognitivos é fator que potencializa a ocorrência de episódios de violência (COOPER; LIVINGSTON, 2014), assim como o isolamento social (LACHS; PILLEMER, 2015), faz com que a pessoa fique mais propensa a sofrer contenção (BICEGO, 2018, p. 54/55), sendo um dos fatores predisponentes da institucionalização das pessoas idosas (BORN; BOECHAT, 2017, p. 2.942).

Tratando-se de pessoa idosa com transtorno neurocognitivo é preciso combinar os modelos de autonomia relacional e promocional a fim de dar uma resposta adequada aos anseios de autonomia das pessoas abrigadas em entidades de acolhimento.

A efetivação e a continuidade do projeto de vida do idoso de acordo com as suas convicções e propósitos, numa fase de comprometimento mental, só é possível a partir da atuação da equipe técnica da instituição de longa permanência, que, com base no histórico de vida e contexto cultural e familiar, terá que elaborar estratégias de construção do referido projeto, agora em novas bases e na perspectiva de uma ação externa de terceiros.

Por tal motivo, não se permite adotar uma visão de autonomia que prescindia do apoio de terceiros. Nesse contexto, esperar do idoso a iniciativa para tomada de decisões como também atender cegamente todos os seus anseios, ao invés de significar garantia de direitos, ao revés, importaria em colocá-lo em situação de risco, sem que haja a efetivação de qualquer direito.

Todavia **zelar pela autonomia de uma pessoa que não mais se comunica ou interage com o mundo externo é um enorme desafio. Num quadro em que tal pessoa é idosa e se encontra abrigada numa instituição de longa permanência tal desafio necessariamente deverá ser enfrentado pela equipe técnica.**

Deve, nesse ponto, ser frisado mais uma vez que, nos moldes do que dispõem a Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência a pessoa idosa com transtorno neurocognitivo pode ser enquadrada no conceito de pessoa com deficiência. Partindo de tal premissa as estratégias utilizadas pela equipe técnica da entidade de acolhimento deverão ter como vetores os princípios dos referidos diplomas legais.

Há que ser considerado ainda que o transtorno neurocognitivo possui gradações, podendo variar conforme haja maior ou menor comprometimento da capacidade mental da pessoa²³, mas certo é que sua presença na pessoa idosa, sobretudo, em ambiente asilar, na maioria dos casos é irreversível e progressivamente incapacitante, e, portanto, aderente ao conceito de pessoa com deficiência²⁴.

O primeiro princípio arrolado dentre aqueles previstos expressamente pelo art. 3º, da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, se refere justamente à autonomia da pessoa e apresenta-se enunciado da forma seguinte: “o respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas”. Conjugado com o art. 12, da Convenção, extrai-se a conclusão de que o exercício da autonomia das pessoas com algum comprometimento mental deve ser feito com respeito aos direitos, vontade e preferências e sejam isentas de conflitos de interesse e influência indevidas²⁵.

23 O próprio Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) faz uma classificação entre transtorno neurocognitivo maior e leve e ainda prevê que dentro de cada modalidade deva ser feita uma especificação quanto à sua gravidade no momento da avaliação como leve, moderada ou grave (2014).

24 Conforme o art. 1º, da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”.

25 O texto do art. 12, em seu item 4, prevê: “Os Estados Partes assegurarão que todas as medidas relativas ao exercício da capacidade legal incluam salvaguardas apropriadas e efetivas para prevenir abusos, em conformidade com o direito internacional dos direitos humanos. Essas salvaguardas assegurarão que as medidas relativas ao exercício da capacidade legal respeitem os direitos, a vontade e as preferências da pessoa, sejam isentas de conflito de interesses e de influência indevida, sejam proporcionais e apropriadas às circunstâncias da pessoa, se apliquem pelo período mais curto possível e sejam submetidas à revisão regular por uma autoridade ou órgão judiciário competente, independente e imparcial. As salvaguardas serão proporcionais ao grau em que tais medidas afetarem os direitos e interesses da pessoa”.

Assim fixado, o desenvolvimento da autonomia dentro do ambiente asilar pressupõe que a equipe conheça efetivamente as vontades e preferências da pessoa idosa com quem trabalha. Para que isso seja possível a equipe deve lançar mão de várias ações coordenadas nesse sentido, desde uma cuidadosa e detalhada colheita de informações sobre o idoso no momento de seu abrigamento, o que pode ser feito por meio de entrevista com o próprio idoso e com seus familiares, até o acompanhamento diuturno do idoso no curso de sua vida na fase de acolhimento institucional.

Nessa tarefa de colheita de informações podem ocorrer uma série de intercorrências que podem tornar mais difícil o seu desenvolvimento ou até mesmo quase impossível. De plano, permite-se divisar extremos que tornam a colheita de informações mais simples e de uma dificuldade hercúlea. Na primeira hipótese, basta imaginar a situação de uma pessoa idosa que foi abrigada com plenas condições mentais, conviveu um longo período em boas condições de saúde mental com a equipe e ainda provém de uma família participativa sempre presente na vida do morador. Nesse caso, na hipótese do surgimento de um transtorno cognitivo, todo o histórico de convivência com a equipe será a bússola para o trabalho que virá e será também o norte da inserção da pessoa nas atividades futuramente promovidas e nas escolhas que deverão ser feitas, sendo factível promover com sucesso a autonomia da pessoa idosa mesmo na fase em que o transtorno cognitivo avançar para um estágio mais grave.

No outro extremo, tem-se a situação em que a pessoa idosa é abrigada sem qualquer referência familiar e com transtorno neurocognitivo maior em estágio grave. O desenvolvimento da autonomia com base nas vontades e preferência afigurar-se-á quase impossível para equipe técnica, por falta de qualquer referência sobre a personalidade e o histórico da pessoa.

Para essa última situação apregoa-se a adoção do princípio do melhor interesse do idoso²⁶, todavia, não sem alguma polêmica em relação a eventual conflito com o texto da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência que consagra a preservação do modelo de autonomia voltado para as vontades e preferências da pessoa²⁷.

Embora na legislação brasileira não haja previsão expressa para a utilização do princípio do melhor interesse do idoso (*best interest*), o instituto é previsto e largamente utilizado na legislação do Reino Unido, previsto no “*Mental Capacity Act*” (MCA) de 2005²⁸, diploma legal tido como referência sobre o tema saúde mental, juntamente como o “*Mental Health Act*”, e que é aplicável não só para idosos com transtornos cognitivos, mas para qualquer pessoa com comprometimento mental que afete sua capacidade de manifestação de vontade²⁹.

26 BARBOZA, Heloisa Helena. O Princípio do Melhor Interesse do Idoso. In PEREIRA, Tania da Silva e OLIVEIRA, Guilherme de. O Cuidado como Valor Jurídico. Rio de Janeiro: Forense. 2018.

27 Sobre dita discussão vide DONNELLY, Mary. Bests Interests in the Mental Capacity Act: time to say goodbye?. In *Medical Law Review*, Vol. 24, No. 3, 2016, pp. 318-332.

28 Disponível no endereço eletrônico <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>. Acesso em 02 de novembro de 2021.

29 O conceito para a incapacidade utilizado pelo MCA é o seguinte: “a person lacks capacity in relation to a matter if at the material time he is unable to make a decision for himself in relation to the matter because of an impairment of, or a disturbance in the functioning of, the mind or brain”.

O MCA estipula detalhadamente as regras que devem ser adotadas para a tomada de decisão em favor da pessoa cuja capacidade de decidir esteja afetada. Para tanto, segundo o ato normativo em referência devem ser seguidos os seguintes passos: 1) em primeiro lugar deve ser considerado o que a pessoa faria se estivesse em condições plenas de decidir nas mesmas circunstâncias que se apresentam; 2) a própria pessoa, na medida do possível, deve ser encorajada a participar do processo decisório; 3) deve ser considerada a vida pregressa da pessoa, desejos e vontades manifestados ou realizados no passado; 4) devem ser considerados valores e crenças da pessoa, caso do conhecimento dos que lhe oferecem apoio; 5) deve ser consultada qualquer pessoa que tenha sido indicada previamente pela pessoa idosa para decidir em seu lugar em situações de incapacidade ou familiares ou outras pessoas que sabidamente tenham relações afetivas ou tenha atuado em tarefas de cuidado com a pessoa em momentos anteriores.

Entretanto, o Comitê que acompanha a aplicação da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência entendeu que o critério do melhor interesse é incompatível com o que estabelece a Convenção e não pode prevalecer em relação ao critério dos desejos e preferências³⁰.

Compreende-se o motivo de tal resistência na medida em que o critério do melhor interesse pressupõe que a decisão é tomada por um terceiro por um critério objetivo alheio aos desejos e vontades da pessoa, já que estes nem sempre consubstanciam o que, num juízo do homem médio, corresponderia ao melhor. Por exemplo, uma pessoa poderia, segundo suas vontades e preferências, recusar um tratamento médico ou uma vacinação, o que numa análise objetiva não traria benefício à pessoa. Nesse contexto, a provável decisão de um terceiro seria contrária ao que a própria pessoa decidiria se estivesse em condições de fazê-lo por si só.

30 Vide DONELLY, Mary, *op. cit.*

Contudo, os critérios utilizados pela legislação britânica mitigam bastante a distância entre os dois critérios, já que se preocupa com a colheita de várias informações para dar subsídios idôneos ao tomador da decisão.

Todavia, considerando o desafio que é para a equipe técnica de uma instituição de longa permanência para idosos zelar pela autonomia de uma pessoa idosa com transtorno mental, permite-se compatibilizar as ferramentas disponíveis e mais adequadas ao caso concreto, ora com uma atuação mais participativa do próprio idoso e sua família, onde a construção do processo de tomada de decisões pode ser feito ao longo do tempo, ora com critérios calcados nas regras do melhor interesse, sobretudo nas hipóteses em que a comunicação com a pessoa idosa ou seus familiares é impossível (DONNELLY, 2016).

Por fim, é interessante observar as críticas de Herring (2016, p. 46-70) à aplicação do MCA pelo fato de não considerar nuances que podem acontecer nas questões práticas que envolvem a tomada de decisão, sobretudo em razão de conflitos internos da própria pessoa em relação a seus desejos. Cita um exemplo, baseado em um caso concreto, no qual uma mulher com deficiência mental dizia não querer se submeter a uma cesariana por ter medo de injeção e ao mesmo tempo desejava ser mãe. Nesse caso havia um evidente conflito, uma vez que a não realização da cesariana colocaria tanto a mãe quanto o feto em risco de morte.

Em seus estudos Herring (2016, p. 70) sugere a adoção da regra segundo a qual quanto maior for o risco de dano maior aprofundamento sobre a autonomia da pessoa deve ser exigida e quanto maior for o benefício que resulte da decisão tomada a averiguação da autonomia da pessoa poderá ser feita de forma mais superficial³¹. No caso da mulher, tal critério levaria à realização da cesariana mesmo contra a vontade da pessoa, uma vez que uma análise mais profunda chegaria à conclusão de que o real objetivo da pessoa era o de ser mãe e a deficiência mental a impedia de ter a compreensão de que sua vontade de vetar o uso de injeções seria um óbice intransponível à sua realização pessoal, objetivo maior e aderente ao projeto de vida por ela eleito no exercício de sua autonomia. A ausência de preparo da equipe ou o número insuficiente de profissionais gera um serviço massificado, desumanizado e de baixa qualidade e que, no mais das vezes, perpetuam práticas que mais do que atender às necessidades do idoso abrigado visam a resolver problemas dos profissionais e da administração da entidade. É exemplo dessa realidade a adoção da contenção, que será objeto de outro estudo e publicação.. A contenção surge na maioria dos casos como forma de permitir o controle dos idosos em caso de instituições que contam com número reduzido de funcionários e que se valem dessa prática para diminuir o trabalho dos cuidadores.

31 Nas palavras do autor: "The greater the harm that will be suffered if the decision is followed, the more richly autonomous the decision needs to be. By contrast, the more beneficial the results that will follow from the decision, the less richly autonomous it needs to be" (HERRING, 2016, p. 70).

4. O DIREITO DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA E UMA BREVE ANÁLISE SOBRE DOCUMENTOS OPERACIONAIS DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA QUE ASSEGURAM OS DIREITOS DA PESSOA IDOSA

No Brasil são dois os marcos legais principais que regulamentam o direito das pessoas idosas no âmbito de sua relação como residente de uma instituição de longa permanência, que são a Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a política nacional do idoso, e a Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003, que instituiu o Estatuto do Idoso. Ambas preveem regras de proteção aos direitos dos usuários dos serviços de acolhimento institucional.

A Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994, prevê como uma das diretrizes da política nacional do idoso a “priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família” (art. 4º, inciso VIII), estando atualmente regulamentada pelo Decreto n. 9.921, de 18 de julho de 2019, cujo artigo 18, parágrafo único, prevê que “a pessoa idosa que não tenha meios de prover a sua própria subsistência, que não tenha família ou cuja família não tenha condições de prover a sua manutenção, terá assegurada a assistência asilar”, pelos entes federativos conforme distribuição legal de competência.

Por sua vez, o Estatuto do Idoso traz uma série de normas que regulam de maneira pormenorizada os direitos das pessoas idosas abrigadas em instituições de longa permanência, destacando-se os artigos 35; 37, parágrafos 2º e 3º; 48; 49; 50; 51; 52 e 74, VIII.

No direito brasileiro é o Estatuto do Idoso o diploma legal que compila as regras gerais sobre as instituições de longa permanência e é a partir dessas normas que é possível extrair os princípios que regem o serviço, bem como os padrões de qualidade esperados e que, geralmente, são checados nas inspeções realizadas pelo Ministério Público e por outros órgãos de fiscalização. Contudo, outros países preocuparam-se em estipular expressamente direitos das pessoas idosas abrigadas de forma mais específica, como é o caso do Canadá, mais especificamente a província de Ontário, que aprovou o *Long-Term Care Homes Act*, de 2007³². O que torna bastante interessante esse diploma legal é que ele consagra uma declaração de direitos da pessoa idosa abrigada (*Bill of Rights*) em seu art. 3º. Dos 27 (vinte e sete) direitos enunciados destacam-se os seguintes:

1. Todos os residentes têm o direito de serem tratados com cortesia e respeito, de modo que lhes sejam reconhecidas sua individualidade e dignidade;
2. Todos os residentes têm o direito de serem protegidos contra a violência;
3. Todos os residentes têm o direito de participar do processo de tomada de decisão em relação aos assuntos que lhe digam respeito;
4. Todos os residentes têm o direito de tomar parte no planejamento, implementação, acompanhamento e revisão de seu plano de cuidados;
5. Todos os residentes têm o direito à privacidade para se comunicar com quem quiser e receber visitas sem a intervenção da equipe técnica;
6. Todos os residentes têm o direito de ter acesso a áreas externas e participar de atividades externas, salvo quando houver limitações físicas que tornem impossível tais atividades.

32 Disponível em <https://www.ontario.ca/laws/statute/07l08>, acesso em 04 de novembro de 2021.

É possível afirmar que, muito embora não estejam descritos com tamanho detalhamento, todos os 27 (vinte e sete) direitos enunciados no *Bill of Rights* do *Long-Term Care Homes Act* de Ontário são assegurados pelo Estatuto do Idoso a partir da interpretação de suas normas. O art. 49, do Estatuto do Idoso³³, já traz regras gerais a partir das quais é possível deduzir vários direitos das pessoas idosas em situação de abrigamento.

A legislação incumbiu ao Ministério Público o dever de fiscalizar as instituições de longa permanência com a finalidade de zelar pelos direitos das pessoas idosas abrigadas.

Dita atividade de fiscalização foi regulamentada pela Resolução nº 154, de 13 de dezembro de 2016, expedida pelo Conselho Nacional do Ministério Público. De acordo com o referido ato normativo, o membro do Ministério Público deve inspecionar pelo menos uma vez por ano as instituições de longa permanência para idosos situadas em sua área territorial de atuação, com a finalidade de zelar pela efetividade e qualidade do serviço prestado, zelar pela observância, nos equipamentos disponibilizados, das normas relativas à política de assistência da pessoa idosa e identificar eventuais situações de violação dos direitos humanos dos usuários (art. 3º).

33 Art. 49. As entidades que desenvolvam programas de institucionalização de longa permanência adotarão os seguintes princípios:

- I - preservação dos vínculos familiares;
- II - atendimento personalizado e em pequenos grupos;
- III - manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior;
- IV - participação do idoso nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo;
- V - observância dos direitos e garantias dos idosos;
- VI - preservação da identidade do idoso e oferecimento de ambiente de respeito e dignidade.

Um dos focos da colheita de informações por parte do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro por ocasião da fiscalização da ILPI é a verificação da regularidade do funcionamento da entidade sob o ponto de vista formal, como, por exemplo, sua constituição jurídica, a existência de alvará sanitário e inscrição no Conselho Municipal de Direitos do Idoso, dentre outros documentos. Outro é aquele voltado para a qualidade do serviço prestado pela entidade, com uma área voltada para a individualização e humanização do atendimento e outra para a garantia de acesso a serviços de saúde.

No que se refere à qualidade dos serviços prestados pela ILPI, em especial no que tange ao atendimento individualizado dos residentes e à atenção à sua saúde, há quatro itens estratégicos sobre os quais é possível retirar algumas conclusões sobre a qualidade dos serviços prestados na entidade. Esses itens referem-se à adoção pela instituição de contratos escritos por ocasião do ingresso do morador, conforme previsão do art. 35, do Estatuto do Idoso; à adoção de plano de trabalho; à utilização de planos individuais de atendimento e à adoção de um plano de atenção integral à saúde do idoso.

CONTRATOS ESCRITOS POR OCASIÃO DO INGRESSO DO MORADOR, CONFORME PREVISÃO DO ART. 35, DO ESTATUTO DO IDOSO

O contrato e os documentos operacionais acima mencionados são indicativos da importância que a instituição confere aos anseios e expectativas da pessoa idosa abrigada, bem como sobre a qualidade de atuação da equipe técnica, sob o prisma do cuidado centrado na pessoa.

Em primeiro plano o contrato, cuja utilização é obrigatória por força do que determina o art. 35, do Estatuto do Idoso, é um forte instrumento de controle a respeito da anuência da pessoa idosa ao abrigo. Historicamente e ainda hoje, muitos abrigamentos em instituições de longa permanência ocorrem à revelia da vontade da pessoa idosa, mormente se apresenta algum declínio cognitivo. No entanto, o ingresso numa instituição de longa permanência não pode ser compulsório, sob pena de se transformar de medida de proteção em cárcere privado. No caso em que a pessoa idosa apresenta transtorno neurocognitivo que a impeça de compreender as condições de acolhimento ou até mesmo de entender todo o contexto que a cerca num momento como esse, cabe ao seu curador, como seu representante legal, assinar o contrato, à luz do que prevê o art. 35, § 3º, do Estatuto do Idoso. Ressalte-se que a regra vale para todas as entidades, tenham finalidade lucrativas ou não.

Por isso, em todas as inspeções é exigida a apresentação dos contratos assinados pelos residentes, sobretudo para se aferir se o abrigo foi realizado com o consentimento da pessoa idosa.

A Resolução nº 33/17, do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, que estabelece parâmetros para o contrato de prestação de serviço das instituições de longa permanência para idosos, prevê em seu art. 1º, parágrafo único, que se considera entidade para os efeitos da incidência da obrigatoriedade do uso do instrumento contratual toda instituição, seja ela governamental ou não governamental, com ou sem fins lucrativos. No entanto, tratando-se de entidades públicas, a oferta do serviço no âmbito do SUAS muitas vezes não se coaduna com a forma de contratação tradicional que se vê no ingresso de moradores em entidades da rede privada.

Contudo, ainda que não se utilize de instrumento contratual com sua forma tradicional, algum documento deve ser utilizado para indicar que o abrigo contou com a anuência do idoso, bem como que há normas de conduta que terão que ser observadas pela pessoa idosa por morar em uma residência coletiva e normas indicando os direitos da pessoa idosa durante a sua permanência no local.

Em relação aos três outros documentos operacionais, certo é que a sua falta é indicativa de falha grave na qualidade do serviço oferecido pela entidade de acolhimento, qualquer que seja sua natureza jurídica.

PLANO DE TRABALHO

O plano de trabalho está previsto no art. 48, inciso II, do Estatuto do Idoso e no art. 31, da Resolução RDC 502/21. Segundo o “Roteiro de Atuação: o Ministério Público e a fiscalização do serviço de acolhimento institucional de longa permanência para idosos” (2015, p. 34):

O Plano de Trabalho é um documento institucional que sintetiza a rotina da ILPI descrevendo de modo organizado o que a instituição faz cotidianamente, porque e como faz, servindo de orientador para os profissionais e de referência para os órgãos de controle e fiscalização. Ele deve descrever todas as atividades desenvolvidas pela ILPI, demonstrando de que forma a instituição pretende efetivar os princípios e premissas que norteiam a atenção ao idoso...

De acordo com o art. 32, da Resolução RDC 502/21, o plano de trabalho deve ser planejado “em parceria e com a participação efetiva dos idosos, respeitando as demandas do grupo e aspectos socioculturais do idoso e da região onde estão inseridos”.

Portanto, o plano de trabalho serve de parâmetro para identificação da forma de atuação da equipe técnica, inclusive no modo como as pessoas idosas são inseridas na elaboração de estratégias de promoção de autonomia e em atividades desenvolvidas, sob o prisma dos princípios vetores do cuidado centrado na pessoa.

O plano de trabalho é um documento obrigatório e traduz a filosofia de trabalho da instituição. Ou seja, a presunção que se tem ao se verificar que a instituição trabalha sem o documento operacional em referência é que a mesma atua de modo improvisado e não planejado, com uma equipe sem uma orientação quanto ao modo de interagir com os idosos residentes e sem princípios vetores do trabalho desenvolvido na entidade.

Nesse cenário, é bem provável que cada profissional atue de acordo com seus próprios princípios o que gera um trabalho institucional descoordenado e descontínuo, em evidente prejuízo à qualidade do serviço prestado ao morador da ILPI.

PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

Além do planejamento geral institucional, corporificado no plano de trabalho, é dever da entidade de acolhimento elaborar um planejamento estratégico de sua atuação em relação a cada idoso acolhido. Nesse sentido, para a efetivação dos direitos da pessoa idosa abrigada, sobretudo seu direito à autonomia, é essencial para a equipe conhecer o perfil e potencialidades do novo morador. Para tal finalidade é que existe o plano individual de atendimento (PIA) previsto no art. 50, inciso V, do Estatuto do Idoso.

Segundo o "Roteiro de Atuação: o Ministério Público e a fiscalização do serviço de acolhimento institucional de longa permanência para idosos"

O Plano Individual de Atendimento é um instrumento elaborado interdisciplinarmente pela equipe técnica da ILPI para planejar as estratégias necessárias para garantir atendimento integral às demandas sociais do idoso, orientando também, dentre as ofertas de serviço institucionais e as da rede de serviços, aqueles que são mais adequados ao perfil do idoso (RIO DE JANEIRO, 2015, p. 30).

O plano de atendimento individualizado materializa as estratégias utilizadas pela equipe multidisciplinar para o desenvolvimento do cuidado centrado na pessoa. É nesse documento que deve ser registrado seu histórico de vida e familiar, sua rede de afeto, suas preferências, sua evolução dentro da instituição após o abrigamento, bem como as ações planejadas pela equipe no intuito de garantir qualidade de vida no curso do acolhimento, além dos resultados e intercorrências surgidas nesse período.

Portanto, a inexistência desse documento é um forte indicativo da falta de qualidade do serviço prestado pela instituição, indicando atuação desumanizada da equipe e desconhecimento das características dos moradores, com grande possibilidade de violação de direitos.

PLANO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO

Outro documento obrigatório é o plano de atenção integral à saúde do idoso (PAISI), que é previsto pelo art. 36, da Resolução RDC ANVISA N. 502/21. O plano é mencionado e conceituado no documento denominado “Roteiro de Atuação: o Ministério Público e a fiscalização do serviço de acolhimento institucional de longa permanência para idosos”, utilizado como documento de orientação das fiscalizações realizadas pelas Promotorias de Justiça com atribuição sobre o tema. Desse texto, extrai-se o seguinte conceito:

O Plano de Atenção Integral à saúde do idoso é um instrumento elaborado pela equipe de saúde da ILPI para planejar as formas de garantir atenção integral à saúde do idoso. Nele, deverá constar um panorama geral de saúde do idoso, com a descrição das patologias incidentes, do grau de dependência e dos respectivos medicamentos e tratamentos indicados, além da identificação dos recursos de saúde disponíveis na rede, pública ou privada, para atendimento a estas necessidades. Este Plano deve ser anualmente avaliado e atualizado a cada dois anos (RIO DE JANEIRO, 2015, p 30).

Portanto, o referido documento é um dos parâmetros utilizados pela fiscalização do Ministério Público para aferição da qualidade do serviço prestado pela instituição sendo um importante indicativo para se detectar se o trabalho da equipe técnica da entidade de acolhimento é feito de forma planejada e atenta às necessidades de saúde dos moradores idosos.

A ausência dos documentos operacionais acima indica ou um despreparo das equipes técnicas que atuam nessas unidades ou até mesmo a insuficiência de profissionais em todas as áreas exigidas por lei para a composição dessas equipes multidisciplinares. Nesse cenário o maior prejudicado é, sem sombra de dúvida, a pessoa idosa abrigada.

Salienta-se, desde já, que mesmo as instituições que utilizam os documentos operacionais em comento, muitas vezes não o fazem corretamente. É possível perceber nas fiscalizações que a adoção dos documentos pela entidade se presta muito mais a cumprir uma exigência da fiscalização do que propriamente a ser utilizado de maneira correta no curso das atividades da equipe técnica.

5. A FISCALIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

É importante salientar que os relatórios que registram as fiscalizações do Ministério Público representam grande fonte de dados para pesquisa uma vez que consignam as irregularidades detectadas e indicam possíveis falhas na atuação da equipe técnica das entidades no que tange à garantia de direitos dos idosos abrigados.

No mais das vezes, percebe-se na atividade de fiscalização uma dificuldade de se identificar o desrespeito ao direito do idoso à integração comunitária ou da manutenção dos vínculos comunitários após a institucionalização.

Note-se que esse direito é previsto na base normativa que lastreia a atividade fiscalizatória. No presente momento interessam todos os dispositivos legais que preservam o direito do idoso ao convívio comunitário, destacando-se nesse sentido o artigo 49, inciso IV, que eleva à condição de princípio a ser seguido obrigatoriamente por todas as entidades de acolhimento a “participação do idoso nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo”.

A título de exemplo, merece também menção o disposto pelo art. 6º, da Resolução RDC nº 502/21, da ANVISA, que estipula que a instituição de longa permanência deve, dentre outras obrigações, promover a integração de idosos nas atividades desenvolvidas pela comunidade local (inciso V), incentivar e promover a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente (inciso VII), desenvolver atividades que estimulem a autonomia dos idosos (inciso VIII) e promover condições de lazer em atividades físicas, recreativas e culturais (inciso IX).

Esse dever de promover a manutenção dos vínculos comunitários se torna mais desafiador no caso de idosos com distúrbios neurocognitivos, o que exige da equipe técnica da ILPI maior capacitação para gerenciar as questões que afloram da construção de plano de atuação para os idosos nessa condição.

Cumprir salientar dois aspectos que impactam diretamente no sucesso das estratégias de manutenção de vínculos comunitários de idosos com transtorno neurocognitivo: o quantitativo de profissionais disponíveis e a capacitação da equipe técnica.

Aliás, esses indicadores são expressamente mencionados no Manual de Fiscalização das Instituições de Longa Permanência para os Conselhos Estaduais e Municipais da Pessoa Idosa, publicação orientadora editada pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, como fatores identificados nas fiscalizações e que tem direta repercussão na qualidade do serviço prestado pelas entidades (BRASIL, 2021, p. 26). Transcreve-se:

No que se refere aos aspectos previstos no art. 48 do Estatuto do Idoso e que as instituições possuem mais dificuldades em cumprir (Figura 9), os conselheiros ressaltaram, com maior prevalência, a manutenção no quadro de pessoal profissionais com formação específica (48,9%), seguido por oferta de atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer (37,6%), oferta de atendimento personalizado (35,4%) e oferta de serviço social para preservação dos vínculos familiares (29,2%). Dessa forma, os itens mencionados destacam a escassez de recursos humanos e de ofertas institucionais voltadas à promoção de atividades orientadas à melhoria de um cuidado individualizado e que oportunize as relações familiares e o acesso a culturas e lazer. Esses dados corroboram com o perfil encontrado por Duarte et al. (2018) e Watanabe (2020), e reforçam a necessidade de fortalecer a capacidade técnica das instituições na promoção de cuidados de qualidade para a população idosa institucionalizada.

A Resolução RDC 502/21, da ANVISA, estabeleceu como critério para a quantificação da equipe necessária para atuação dentro de uma instituição de longa permanência o grau de dependência dos idosos residentes. A Resolução, em seu art. 3º, inciso V, prevê 3 (três) graus de dependência, quais sejam:

1. Grau de Dependência I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda;
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;
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.

Em função do grau de dependência, a Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, exige um número respectivo de cuidadores atuantes na ILPI, conforme previsto em seu art. 16, inciso II:

- a. Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;
- b. Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;
- c. Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.

No Estado do Rio de Janeiro, a Lei 8.049, de 17 de julho de 2018, seguiu os mesmos parâmetros para vincular o número de cuidadores ao grau de dependência dos idosos residentes em instituições de longa permanência. No entanto, o texto da lei estadual foi além e vinculou grau de dependência à obrigação da entidade de acolhimento de possuir outros profissionais além de cuidadores. O art. 4º prevê a seguinte correlação traduzida no quadro abaixo:

GRAU DE DEPENDÊNCIA	EQUIPE TÉCNICA
I	<p>a) 1 (um) cuidador para cada 20 (vinte) idosos;</p> <p>b) funcionários para serviços gerais, com quantitativo a ser definido de acordo com sua estrutura física;</p> <p>c) 2 (dois) cozinheiros;</p> <p>d) assistente social;</p> <p>e) psicólogo.</p>
II	<p>a) 1 (um) médico, preferencialmente geriatra ou especialista em Gerontologia;</p> <p>b) 1 (um) enfermeiro;</p> <p>c) 1 (um) nutricionista;</p> <p>d) 1 (um) fisioterapeuta;</p> <p>e) 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem para cada 15 (quinze) idosos;</p> <p>f) 1 (um) cuidador para cada 10 (dez) idosos;</p> <p>g) funcionários para serviços gerais, com quantitativo a ser definido de acordo com sua estrutura física;</p> <p>h) 2 (dois) cozinheiros;</p> <p>i) 1 (um) terapeuta ocupacional;</p> <p>j) assistente social;</p> <p>k) psicólogo.</p>
III	<p>a) 1 (um) médico, preferencialmente, geriatra ou especialista em Gerontologia;</p> <p>b) 1 (um) enfermeiro;</p> <p>c) 1 (um) nutricionista;</p> <p>d) 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem para cada 10 (dez) idosos;</p> <p>e) 1 (um) cuidador para cada 08 (oito) idosos;</p> <p>f) funcionários para serviços gerais, com quantitativo a ser definido de acordo com sua estrutura física;</p> <p>g) 2 (dois) cozinheiros;</p> <p>h) 1 (um) fisioterapeuta;</p> <p>i) 1 (um) terapeuta ocupacional;</p> <p>j) assistente social;</p> <p>k) psicólogo.</p>

Além disso, o art. 5º, da Lei Estadual 8.049/18, prevê que além dos profissionais obrigatórios, as instituições de longa permanência poderão colocar à disposição dos idosos, em conformidade com seu plano de atenção integral à saúde dos residentes, profissionais das áreas de Fonoaudiologia, Educação Física, Odontologia e Musicoterapia.

A proposta de modelo que consta do anexo do “Roteiro de Atuação: O Ministério Público e o serviço de acolhimento institucional de longa permanência para idosos” sugere que o plano de atendimento individualizado (PIA) contenha informações sobre a identificação do residente, sua situação documental e familiar, os motivos e as expectativas do abrigamento, sua condição financeira e interesses, dentre outros dados. Com a colheita de tais dados propicia-se à equipe técnica da ILPI um conhecimento mais profundo sobre a pessoa que está sendo acolhida visando a impedir sua desumanização e a elaborar estratégias de ação para que seu potencial possa ser explorado nessa nova fase da vida, inclusive com atividades externas na comunidade.

Paralelamente ao PIA, o Plano de Atenção Integral à Saúde do Idoso (PAISI), previsto pelo art. 36, da Resolução RDC 502/21, da ANVISA, também funciona como importante ferramenta para a construção de estratégias para a manutenção dos vínculos comunitários dos idosos residentes em instituições de longa permanência, sobretudo aqueles com algum comprometimento neurocognitivo. Esse documento se presta a registrar não só as eventuais comorbidades que a pessoa idosa possua, mas também as estruturas da rede de saúde que lhe servirão de referência, o que, nos casos, por exemplo, de idosos com transtorno mental, será essencial para a construção de um projeto terapêutico singular que lhe permita qualidade de vida no curso do abrigamento.

Em muitas ocasiões, é altamente recomendável que a equipe da ILPI trabalhe em conjunto com a rede de saúde na construção de soluções para eventuais óbices à manutenção de vínculos externos da pessoa e a manutenção de sua autonomia.

6. O MODELO DE CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

O grande desafio para as instituições de longa permanência é a garantia da efetividade do direito à manutenção de vínculos comunitários e familiares para as pessoas idosas com transtornos neurocognitivos, mormente porque dentro das entidades a tendência é a desumanização das pessoas em condições de vulnerabilidade em decorrência de alguma morbidade que lhe afete a independência e a autonomia.

Salienta-se que nossa sociedade desvaloriza o envelhecimento em si, vinculando o idoso à características negativas como inaptidão para atividades intelectuais, feiura e falta de utilidade, considerando-o um peso para sociedade³⁴ (KITWOOD, 2011, p. 12). É o que Tom Kitwood vai chamar de psicodinâmica da exclusão (*op. cit.* p. 12). Esse processo é pautado tanto pelo desvalor que a sociedade agrega ao envelhecimento como também pela ansiedade gerada nos cuidadores de se tornarem pessoas com demência. Essa dinâmica tem como consequência a desumanização do idoso com transtorno neurocognitivo de modo a transformá-lo numa “espécie” diversa da “espécie” de quem cuida (KITWOOD, 2011, p. 14).

Nesse cenário, é intuitivo perceber que no caso de idosos com transtornos neurocognitivos a equipe tenda a não vislumbrar utilidade na elaboração de estratégias para a inserção comunitária da pessoa abrigada, naturalizando a apatia decorrente do quadro clínico, que, num ciclo vicioso, tende a se agudizar.

³⁴ "Many societies, including our own, are permeated by an ageism which categorizes older people as incompetent, ugly and burdensome, and which discriminates against them at both a personal and a structural level" (KITWOOD, Tom. *Dementia Reconsidered: the person comes first*. Open University Press, 2011, p. 12).

Por isso, é tão importante continuar a lidar com o morador reconhecendo nele um indivíduo semelhante a quem cuida. Assim, assume relevância o chamado cuidado centrado na pessoa (*person-centred care*)^{35 36}, o que implica necessariamente no reconhecimento da humanidade do indivíduo (*personhood*) por meio de atitudes de respeito e confiança (KITWOOD, 2011). O cuidado centrado na pessoa

é uma abordagem relacionada às atitudes e práticas assistenciais com foco no indivíduo, enxergando a sua singularidade e não a sua doença, seu contexto social e suas interações. Por meio de relações interpessoais positivas, ele permite maior compreensão do indivíduo, fornece suporte para as necessidades não atendidas e promove uma sensação de bem-estar (BOAS *et alii*, 2021, p. 39).

Em seus trabalhos Kitwood (2011) identifica práticas existentes dentro da rotina das instituições de longa permanência categorizando-as entre aquelas que importam em relações de reconhecimento como indivíduos entre quem cuida e quem é cuidado e aquelas que objetificam os idosos, desconsiderando-os como seres humanos que são. Às primeiras denomina como "*positive person work*" e as últimas como "*malignant social psychology*". Há uma série de exemplos sobre situações que caracterizam cada uma das categorias mencionadas. Por exemplo, no que tange ao trabalho que o autor entende como positivo, pode-se citar o tratar o idoso como um indivíduo único, sempre chamando-o pelo nome e reconhecendo suas preferências na oferta dos serviços disponíveis na instituição. Por outro lado, a infantilização do idoso é um exemplo da ação negativa da equipe³⁷.

35 A criação do termo é atribuída a Carl Rogers, em sua obra *On Becoming a Person*, de 1961 (vide Mitchell G, Agnelli J (2015) *Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered*. *Nursing Standard*. 30, 7, 46-50. Date of submission: August 28 2014; date of acceptance: September 4 2014).

36 Outros termos utilizados com sinônimos são "*patient-centered care*," "*person-directed care*," e "*person-focused care*" (KOGAN, Alexis Colourides *et alii*. *Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairments: A Systematic Literature Review*. Disponível em *Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review* (wiley.com), acesso em 30 de março de 2021).

37 Para uma relação bastante completa de exemplos vide MITCHELL G, AGNELLI J (2015) *Person-Centred Care for People with Dementia: Kitwood reconsidered*. *Nursing Standard*. 30, 7, 46-50. Date of submission: August 28 2014; date of acceptance: September 4 2014.

O cuidado centrado na pessoa (CCP) rege-se pelos seguintes princípios: amor para enfrentar a solidão; atividades com propósito; diálogo contínuo com os residentes de modo a conhecer seus desejos e expectativas; e interações espontâneas (BOAS *et alii*, 2021, p. 40). Nesse sentido

Baseado na ideia de que o crescimento pessoal é uma experiência que faz parte da vida humana, o CCP propõe que o indivíduo e a equipe cresçam juntos, mesmo com as dificuldades associadas ao processo de cuidar. Aponta que a equipe de profissionais deve ser convidada a refletir sobre os temas advindos do cuidado à pessoa idosa, revendo as práticas e debatendo as ideias sobre os desafios da atenção ao(a) residente institucionalizado(a) e, por meio de uma mudança cultural, transformar a prática cuidadora de tarefa-centrada em pessoa-centrada.

Assim, para que seja garantida a manutenção dos vínculos das pessoas idosas com a comunidade é imprescindível que a equipe da entidade de acolhimento esteja capacitada e consciente de que seu agir com o outro é fundamental para a manutenção da humanidade do residente no curso de seu abrigo, ainda que haja diagnóstico de transtorno neurocognitivo³⁸.

Inexistindo a centralidade da pessoa idosa no contexto do cuidado oferecido, a tendência será a desumanização e a normalização da impossibilidade da manutenção de qualquer vínculo comunitário.

38 Ressalte-se que há relação direta entre o cuidado centrado na pessoa e a diminuição de episódios de agressividade e agitação em residentes de instituição de longa permanência com transtornos neurocognitivos (KIM e PARK, 2017).

Para Herring (2013, p. 14-26) existem 4 (quatro) marcadores para o cuidado, que são o atendimento das necessidades das pessoas envolvidas, o respeito, a responsabilidade e a relação que envolve o cuidador e a pessoa que é cuidada. O enfoque do autor dialoga fortemente com as propostas de Kitwood e se presta, portanto, a esclarecer a importância do cuidado centrado na pessoa para que os direitos do idoso possam ser garantidos durante sua estadia na entidade de acolhimento.

É interessante observar que no que se refere ao respeito, Herring (2013, p. 18-19) dissecou o item indicando a necessidade de se conhecer a pessoa que é cuidada, reconhecendo-a como um semelhante e não como um "objeto" de cuidado, ouvindo-a com atenção para que se obtenha o máximo de informação sobre como ela experiencia o cuidado³⁹.

É nesse contexto que a equipe técnica poderá, mesmo em condições de dificuldade de comunicação, coletar informações relevantes que permitam a elaboração de estratégias de manutenção dos vínculos comunitários. Deve ser levado em conta, sobretudo, nas hipóteses em que não é possível a comunicação, o histórico de vida da pessoa idosa. Ainda que não seja possível verbalizar desejos, para a pessoa cuidada, a experiência de uma atividade aderente a suas preferências pode produzir sensação de bem-estar e muito prazerosas. Tais atividades podem incluir passeios ao ar livre ou músicas⁴⁰.

39 "... respect requires an awareness of how the other person is experiencing the care. This involves interaction and engagement with the individual. Obviously care provide with no thought to the response of the person receiving it is in danger of objectifying the person receiving the care (HERRING, 2013, p. 19).

40 Sobre uma experiência bem-sucedida com o uso de músicas provenientes de um repertório de preferência de idosos com demência vide o documentário "Alive Inside", disponível no YouTube.

7. A IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA PARA A AUTONOMIA DO IDOSO ABRIGADO

Para a garantia da autonomia de uma pessoa, sobretudo, de uma pessoa que em função de um transtorno neurocognitivo não se comunica, é essencial conhecê-la. No ambiente de uma instituição de longa permanência para idosos, o primeiro contato que se tem com a história do candidato ao abrigo acontece, normalmente, por meio das conversas iniciais que a equipe técnica tem com a família que busca a vaga na entidade de acolhimento. Portanto, a entrevista que se faz nesse momento é importantíssima para a elaboração de um plano de cuidados e essencial para a criação de estratégias tendentes a promover a adaptação do indivíduo ao novo ambiente e à garantia de que nessa fase da vida possa ser exercido plenamente o direito à autonomia.

Ressalta-se que nos casos em que a pessoa idosa mantém íntegras suas funções cognitivas sua participação em todo o processo de ingresso na instituição é essencial, até porque pela legislação brasileira, que está em consonância com os cânones internacionais sobre direitos humanos, a anuência da própria pessoa ao abrigo é condição *sine qua non* para que a institucionalização possa se concretizar.

Porém, mesmo que o idoso tenha diagnóstico de transtorno neurocognitivo sua participação deve ser incentivada ao máximo possível⁴¹. Nesse sentido, a equipe técnica deve ser sensível para a presença de conflitos de interesses entre o que a família deseja e o que é a melhor opção para a pessoa idosa, para que o acolhimento ao invés de consubstanciar medida de proteção não se transforme em violação de direitos.

41 O artigo 32, da Resolução RDCANVISA 502/21, prevê, inclusive, em relação ao plano de trabalho que "as atividades das Instituições de Longa Permanência para idosos devem ser planejadas em parceria e com a participação efetiva dos idosos, respeitando as demandas do grupo e aspectos socioculturais do idoso e da região onde estão inseridos".

A partir do acolhimento, sobretudo em sua fase inicial, também se mostra imprescindível o acompanhamento da pessoa idosa pela equipe técnica no curso dessa fase de transição. Entender as expectativas atendidas ou não, os desajustes com a forma como o serviço é oferecido, a convivência com os demais moradores e a adaptação às novas rotinas institucionais é fundamental para a garantia da qualidade de vida do indivíduo acolhido calcada nos princípios do cuidado centrado na pessoa.

É bom lembrar que o conceito de que se parte é o de que a autonomia da pessoa não é propriamente o atendimento a um desejo específico em determinado momento, mas sim um processo de desenvolvimento de uma existência coerente com os valores que a pessoa constrói ao longo da vida. Portanto, garantir a autonomia de um idoso em situação de vulnerabilidade por conta de um transtorno neurocognitivo não significa dizer sim a todos os seus pedidos por mais desprovidos de sentido que sejam, mas, ao revés, pressupõe conhecê-lo o suficiente para integrá-lo nas atividades que mais se adequem ao seu perfil. Isso envolve inclusive respeitar seus momentos de quietude e de isolamento voluntário.

Essa tarefa é tanto mais difícil quanto mais complicada a comunicação com a pessoa idosa. Nos extremos, há situações em que a pessoa acolhida possui relações familiares extremamente robustas, bem como amigos presentes que poderão colaborar muito na construção de um plano de cuidados aderente aos anseios da pessoa, o que trará como consequência a garantia de sua autonomia e a manutenção de vínculos familiares e sociais, mesmo no curso do abrigamento institucional.

Por outro lado, há situações em que a instituição, mormente aquelas integradas ao SUAS, acolhe pessoas idosas com transtornos neurocognitivos sem qualquer referência. Pessoas que representam verdadeiras páginas em branco. Porém, a partir do acolhimento, a equipe deve se esmerar em observar a pessoa e tentar entender o seu perfil, sem embargo do esforço hercúleo que tal tarefa possa representar.

Muitas vezes a construção desse verdadeiro quebra-cabeças sobre a personalidade da pessoa desenrola-se por meio de pequenas descobertas cotidianas, como um sorriso após uma atividade promovida na ILPI ou um choro diante de uma determinada música. Perceber que a pessoa aprecia sentir o vento à beira mar e transformar esse anseio em realidade é um exemplo de como uma equipe técnica bem preparada pode promover a autonomia de uma pessoa idosa, mesmo em condições extremas de falta de informação ou de comunicação.

Todavia, seja nas hipóteses em que o abrigamento é realizado acompanhado de extensas referências sobre o indivíduo ou nas situações em que não há nenhuma informação sobre o histórico da pessoa, para que se possa construir um plano de cuidados é preciso a utilização de um profissional de referência. Ou seja, dentro da equipe é preciso que o acompanhamento da pessoa seja feito especificamente por um de seus integrantes de modo que o conhecimento sobre o indivíduo seja acumulado no decorrer do período de sua estadia no ambiente asilar. Como visto anteriormente, a autonomia é o processo que se constrói, é um percurso desenvolvido ao longo da vida.

Esse profissional, que poderá ter qualquer qualificação dentro da equipe, desempenha várias funções, dentre as quais a de perceber e acumular conhecimento sobre a personalidade, medos e anseios da pessoa idosa, mas também a de conferir-lhe acolhimento dentro de um ambiente impessoal. Por outro lado, a pessoa idosa deverá ser informada sobre a existência desse profissional na equipe até para que possa se reportar a ele em caso de dúvidas, sugestões ou até mesmo reclamações.

Dentro de um plano individual de atendimento (PIA) é altamente desejável que esse profissional seja indicado desde o ingresso da pessoa idosa na instituição, sendo intuitivo que, nos casos em que há informação sobre o histórico do morador, a equipe discuta quem teria o perfil mais adequado para servir de referência para o novo residente.

Também o plano elaborado deve ser flexível para alterar o profissional de referência caso o perfil inicialmente pensado não se mostre adequado de fato, na medida em que houver a interação rotineira com o idoso acompanhado.

É necessário enfatizar que a figura do profissional de referência é totalmente adequada aos princípios que iluminam os serviços de assistência social no Brasil. Na verdade, é um dos pilares do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), consoante se observa da seguinte passagem da publicação elaborada pela Secretaria Nacional de Assistência Social para esclarecer a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social, conhecida como NOB-RH/SUAS^{42 43}:

Em síntese, a natureza da referência construída pelas equipes de referência do SUAS é uma só: produzir para o cidadão a certeza de que ele encontrará acolhida, convívio e meios para o desenvolvimento de sua autonomia. Esse entendimento traz maior clareza sobre a articulação necessária entre as equipes da proteção social básica e especial. Como consequência desse entendimento, podemos afirmar o seguinte: não se trata de funcionar na lógica de encaminhamento formal de uma equipe para outra, como se a somatória de intervenções isoladas levasse, automaticamente, ao atendimento das necessidades sociais das famílias e indivíduos. A fragmentação das respostas leva, muitas vezes, à sensação de sobrecarga ou de insatisfação tanto para o cidadão, quanto para as equipes profissionais. Portanto, ainda que o plano de ação de cada equipe organize o trabalho para garantir os resultados esperados do serviço sob sua responsabilidade, conforme consta da Tipificação, há que se ter essa referência compartilhada, cuja baliza é a matricialidade sociofamiliar e o território (SILVA, 2011, p. 26).

42 Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/NOB-RH_SUAS_Anotada_Comentada.pdf, acesso em 06 de novembro de 2021.

43 A NOB-RH/SUAS foi aprovada pela Resolução CNAS n. 269, de 13 de dezembro de 2006, e seu texto foi publicado pela Resolução CNAS n. 01, de 25 de janeiro de 2007.

É interessante observar que a lógica do profissional de referência é adotada no caso de acolhimento de crianças e adolescentes, conforme se observa do item 4.1.4 da Resolução Conjunta nº 01, de 18 de junho de 2009, do CONANDA e do CNAS⁴⁴, que aprova o documento “Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes”, e que prevê:

4.1.4 Recursos humanos

Para que o atendimento em serviços de abrigo institucional possibilite à criança e ao adolescente constância e estabilidade na prestação dos cuidados, vinculação com o educador/cuidador de referência e previsibilidade da organização da rotina diária, os educadores/cuidadores deverão trabalhar, preferencialmente, em turnos fixos diários, de modo a que o mesmo educador/cuidador desenvolva sempre determinadas tarefas da rotina diária (p. ex: preparar café da manhã, almoço, jantar, dar banho, preparar para a escola, apoiar as tarefas escolares, colocar para dormir, etc.), sendo desaconselhável esquemas de plantão, caracterizados pela grande alternância na prestação de tais cuidados (BRASIL, 2009, p. 68/69).

Até certo ponto, é estranho que o legislador não tenha previsto, na linha da regra geral do SUAS ou de forma análoga aos abrigamentos de crianças e adolescentes, que também no caso das instituições de longa permanência haja um profissional de referência para cada idoso acolhido.

44 Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes-tecnicas-servicos-de-acolhimento.pdf, acesso em 06 de novembro de 2021.

Tampouco a RDC ANVISA n. 502/21 faz menção a esse profissional, reproduzindo a mesma omissão que já existia na RDC 283/05. Todavia, a adoção dessa estratégia e o seu registro no plano individual de atendimento afigura-se como medida de vital importância para a garantia do direito à autonomia do idoso e é um consectário lógico da aplicação do cuidado centrado na pessoa.

Note-se que, inclusive o *Bill of Rights do Long-Term Care Homes Act*, de 2007, da Província de Ontário, no Canadá, prevê o direito de a pessoa idosa saber quem é o seu profissional de referência⁴⁵, o que, no contexto brasileiro, pode ser aplicado nas ILPI e até mesmo vislumbrado como um direito que implicitamente pode ser extraído dos princípios que regem o Estatuto do Idoso.

Além dos princípios gerais previstos nos artigos 1º e 2º, o Estatuto do Idoso prevê para as instituições de longa permanência para idosos o dever, dentre outros, de prestar atendimento personalizado e em pequenos grupos (art. 49, inciso II) e de preservação da identidade da pessoa idosa e oferecimento de ambiente de respeito e dignidade (art. 49, inciso VI). O dever da entidade de acolhimento em oferecer atendimento personalizado é reforçado por nova menção no rol de obrigações das instituições de longa permanência previsto no art. 50, mais especificamente em seu inciso V.

Conjugando-se a norma de regência das instituições de longa permanência com a lógica de atuação adotada para serviços de cuidado no âmbito da assistência social é possível concluir que a indicação de profissional de referência é requisito obrigatório na elaboração do plano individual de atendimento (PIA) que é o documento que materializa o plano de cuidados entabulado pela entidade de forma personalizada para cada um dos idosos residentes.

45 “Every resident has the right to be told who is responsible for and who is providing the resident’s direct care” (Art. 3º, 7). Disponível em <https://www.ontario.ca/laws/statute/07108>, acesso em 06 de novembro de 2021.

Raciocínio contrário levaria à prevalência da ideia de que é possível prestar um atendimento personalizado mediante um permanente rodízio de técnicos que, ao não realizar o acompanhamento de moradores de forma individualizada, acabariam por desumanizar o atendimento, gerando situações rotineiramente identificadas nas fiscalizações realizadas pelo Ministério Público no bojo das quais os integrantes das equipes técnicas das entidades de acolhimento sequer sabem o nome dos idosos residentes, tratando-os por apelidos genéricos como “vovó” ou “tia”, ou mesmo atribuindo-lhes um nome que sequer é o verdadeiro nome do idoso.

A falta de continuidade do acompanhamento, ou seja, a falta de um profissional de referência pode levar inclusive a sérias consequências para a pessoa idosa abrigada, inclusive no campo da saúde. Alguns comportamentos atípicos podem ser incorretamente interpretados sem um conhecimento prévio do histórico do indivíduo na instituição. Assim, por exemplo, um comportamento apático pode ser naturalizado por uma visão etarista do membro da equipe que enxergue a apatia como uma característica normal do envelhecimento, quando, na verdade, pode indicar um quadro patológico que está se instalando, perfeitamente identificável por outro membro da equipe que, por acompanhar aquele morador, tenha ciência de que seu perfil é de uma pessoa alegre e ativa. Nesse contexto, perde-se a oportunidade de um diagnóstico precoce que permita o início de um tratamento médico e consequentemente o retorno do estado anímico normal da pessoa idosa em questão, fazendo com que seu quadro evolua para uma condição de degradação da saúde mental muitas vezes irreversível.

8. PROPOSTA PARA UM NOVO MODELO DE ATUAÇÃO DAS EQUIPES TÉCNICAS DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Um lugar comum nos relatórios produzidos pela equipe técnica do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro foi a identificação na falha nas documentações exigidas pela legislação, sobretudo no que se refere ao Plano Individual de Atendimento (PIA) e ao Plano de Atenção Integral à Saúde do Idoso (PAISI).

Pelo que se percebe da investigação feita na base documental do MID é possível associar tal falha em dois fatores básicos: 1) falta de capacitação da equipe; 2) recursos humanos em número insuficiente.

Mas em termos práticos o que significa capacitar a equipe técnica? Essa é uma pergunta que provavelmente muitas entidades de acolhimento que não dispõem de acesso a informações ou funcionam com poucos recursos se fazem. É muito comum se detectar nas inspeções realizadas pelo Ministério Público que a única capacitação a qual essas instituições frequentam são as que são oferecidas pelo próprio Ministério Público.

O ideal seria que todos os profissionais atuantes na instituição tivessem formação em gerontologia⁴⁶, porém nem sempre é possível encontrar profissionais em número suficiente com essa formação, até mesmo porque muitos integrantes da equipe possuem formação até o ensino médio e não tem acesso a cursos específicos na área. Na verdade, a maioria dos profissionais que integram as equipes das instituições de longa permanência para idosos são cuidadores, que em sua maioria tem apenas o nível fundamental de ensino^{47 48}.

46 A Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994, prevê como uma das diretrizes da política nacional do idoso a “capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços” (art. 4º, inciso V).

47 Os projetos de lei que tramitam no Congresso de Lei para a regulamentar a profissão de cuidador exigem apenas o ensino fundamental, como, por exemplo, o PL 76/2020, de autoria de Deputado Federal Chico Rodrigues. Disponível em <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8061698&ts=1644004723022&disposition=inline>, acesso em 02 de janeiro de 2022.

48 Cumpre ser ressaltado que a profissão de cuidador de idosos sequer é regulamentada no Brasil, sendo certo que em 2019 houve a aprovação de um projeto de lei pelo Congresso Nacional que foi vetado pelo Presidente da República ao argumento de que “ao criar condicionantes para a profissão de cuidador, a lei restringiria o livre exercício profissional garantido pela Constituição” (Disponível em <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/pl-que-criaria-profissao-de-cuidador-e-vetado-pelo-presidente>, acesso em 02 de janeiro de 2022).

Sobre o tema da capacitação merece destaque o trabalho desenvolvido pela Frente Nacional de Fortalecimento à Instituição de Longa Permanência, coletivo criado no decorrer da pandemia de COVID-19 com a finalidade de orientar tecnicamente as entidades de acolhimento de idosos e que congrega profissionais altamente capacitados em variadas áreas da gerontologia.

Na publicação “Qualidade do Cuidado em ILPI: sugestões para o dia a dia” (BOAS *et alii*, 2021, p. 126/127) são arroladas diversas práticas cotidianas que visam à melhoria da qualidade do serviço prestado pela instituição e que estão ligadas à capacitação da equipe. É interessante observar que muitas delas podem ser implementadas e desenvolvidas sem grandes investimentos financeiros, exigindo apenas mudança de hábitos institucionais. Muitas dessas práticas indicam que a simples troca de informações e de conhecimento entre integrantes da equipe técnica promove um crescimento recíproco de seus membros em termos de repertório técnico para a solução das questões cotidianas que ocorrem dentro da entidade⁴⁹. Em linhas gerais, as sugestões feitas na publicação em referência são as seguintes:

Realizar reuniões de equipe interprofissional com apresentações de uma área específica (fisioterapia, enfermagem, nutrição, cuidadores, limpeza, etc.) para promover a discussão e a contribuição de toda equipe;

Identificar problemas, eleger prioridades e incentivar a busca de soluções e resolubilidade: quais habilidades eu preciso aprender para contribuir com a minha equipe?

Implementar a aprendizagem significativa do trabalho, considerando a transformação das práticas profissionais, de modo a permitir reflexões e críticas acerca do trabalho desenvolvido junto à equipe e às famílias;

⁴⁹ Aliás, o próprio Manual indica expressamente que capacitação no âmbito de uma instituição de longa permanência implica também a troca permanente de informações entre os integrantes da equipe técnica: “A produção de conhecimentos relacionados ao envelhecimento caracteriza-se como um processo gerado no trabalho fundamentalmente participativo, pois resulta da confrontação de experiências e saberes diferentes e complementares, entre os profissionais e toda a equipe de colaboradores da ILPI, bem como a comunidade na qual está inserida” (BOAS *et alii*, 2021, p. 125).

Promover estudos de casos clínicos ou de uma situação desafiadora vivenciada pela equipe. Esta discussão possibilita a construção de procedimentos e de projetos terapêuticos para condução de novos casos ou situações semelhantes ou que venham a se repetir;

Incorporar e utilizar metodologias ativas e crítico-reflexivas, como por exemplo: oficinas, rodas de conversa, apresentação de filmes, músicas, filmagens da própria equipe;

Estimular a qualificação profissional no campo da Gerontologia por meio de cursos de pós-graduação e atualização em Gerontologia;

Desenvolver atividades promotoras da vivência usando dispositivos que possam simular algumas perdas sensoriais e funcionais para que os trabalhadores experienciem o processo do envelhecimento;

Promover treinamentos básicos e avançados com objetivo de capacitar profissionais que estão iniciando na ILPI e os que já atuam há mais de 2 anos;

Realizar capacitações frente às demandas relatadas pelos técnicos, com sugestões e a coparticipação da equipe interdisciplinar;

Nota-se que diversas atividades sugeridas podem ser organizadas com os recursos humanos já disponíveis na instituição, o que invalida o discurso muitas vezes apresentado de que as capacitações não são feitas por falta de recursos financeiros.

É importante lembrar, ainda, que há capacitações gratuitas em plataformas digitais, sendo que a própria Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI disponibilizou diversas sobre os mais variados assuntos.

Em relação aos documentos operacionais, o seu preenchimento mais do que simples burocracia representa a garantia de que ao ingressar na instituição de acolhimento houve um levantamento das características individuais de cada morador o que possibilitará a elaboração de uma estratégia de atuação personalizada para cada pessoa. Pouco importa, nesse caso, a condição neuropsíquica do idoso, uma vez que tais dados podem ser coletados não só diretamente com o interessado como também com sua família ou até mesmo com os integrantes da rede de assistência que já o acompanham.

Nesse sentido, a existência de tais documentos corretamente preenchidos e atualizados sinalizam para a fiscalização a atuação da equipe técnica da ILPI no sentido de desenvolver um atendimento personalizado e humanizado. Contudo, no mais das vezes, consoante se extrai dos relatórios pesquisados, quando existentes, tais documentos operacionais são preenchidos de forma mecânica e sem muita profundidade, e apenas uma única vez, na ocasião do ingresso do residente, o que consubstancia uma falha grave.

O Plano Individual de Atendimento (PIA) pressupõe um preenchimento dinâmico ao longo de todo o período de abrigamento, uma vez que a própria vida é dinâmica e, portanto, sujeita a avaliações permanentes e adaptações contínuas. Logo, qualquer proposta de atuação em relação a qualquer pessoa idosa acolhida pressupõe a reavaliação periódica pela equipe técnica do plano inicialmente gestado. Em primeiro lugar, é forçoso reconhecer que o ingresso em uma instituição asilar é para o idoso uma revolução em seu modo de vida, que apresenta desafios para a adaptação nessa nova fase. Assim sendo, o PIA elaborado nesse momento inicial nada mais é que um prognóstico, uma proposta de atuação diante de expectativas recíprocas existentes tanto na equipe técnica quanto no novo morador. Desse modo, é um consectário lógico que o planejamento inicial precisa ser reavaliado necessariamente nos meses iniciais de adaptação para verificar se as expectativas se confirmaram e o planejamento funcionou ou, ao revés, se houve uma frustração dessas expectativas e um novo plano precisa ser elaborado.

Um bom parâmetro dessa ação planejada é o plano de cuidado (*plane of care*) que é previsto no *Long-Term Care Homes Act* da província de Ontário, no Canadá, já mencionado anteriormente.. Conforme visto o plano de cuidado consubstancia a descrição da ação da equipe na sua intervenção em relação ao idoso que está sendo abrigado, registrando os objetivos visados com essa intervenção e os meios eleitos para a consecução do objetivo, sendo certo que dito planejamento deve ter como parâmetro as necessidades e preferências do acolhido. O plano deve envolver todos os aspectos do cuidado, dentre eles temas ligados à saúde, ao suporte para tomada de decisões, à vida religiosa e à social. Outro ponto que a legislação canadense salienta é que o próprio residente, quando possível, ou seu responsável legal em caso de curatela, deve participar da elaboração do plano. Além disso, o plano, como é aplicado ao longo do tempo deve ser permanentemente avaliado e revisado caso necessário.

No Brasil, esse planejamento pode ser feito por meio do PIA e do PAISI e ele é estratégico para a garantia do direito à autonomia e à manutenção dos vínculos comunitários dos residentes.

No que se refere ao plano de trabalho, a RDC ANVISA 502/21 prevê que toda instituição de longa permanência contemple, dentre outras, atividades que promovam a convivência entre os moradores da entidade de acolhimento; promovam a integração dos idosos nas atividades desenvolvidas pela comunidade local; incentivem a participação da família da pessoa idosa abrigada; estimulem a autonomia do idoso; promova condições de lazer para os residentes; e desenvolva atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra a pessoa idosa (conforme artigos 6º e 31).

Como informado acima, as falhas nesse trabalho, na maioria das vezes, ocorrem porque a equipe técnica não atinge o número mínimo de integrantes exigido por lei e, sendo reduzida, não consegue tempo para reunir-se nem para rever o plano periodicamente, gerando a queda de qualidade no atendimento do idoso residente. Por outro lado, como se observa dos relatórios de fiscalização, a única capacitação que essas

equipes recebem é, invariavelmente, a oferecida pelo próprio Ministério Público, que periodicamente produz materiais informativos e organiza eventos. Sem capacitação específica na área da gerontologia os integrantes da equipe tendem a reproduzir comportamentos sociais que invisibilizam os idosos como seres humanos com suas próprias especificidades e que se traduzem em atitudes identificadas nas fiscalizações, como por exemplo compartilhamento de roupas ou ausência de atividades para idosos com demência.

No que se refere ao objeto deste trabalho, essas falhas trazem consequências graves para a manutenção dos vínculos comunitários dos idosos com transtornos neurocognitivos. Quando há barreiras de comunicação entre os moradores e a equipe técnica, somente a existência de um plano individual de atendimento permitirá a atuação efetiva dos profissionais no planejamento de ações visando à manutenção de vínculos comunitários.

Nesse ponto, é importante delinear dois cenários: o primeiro no qual o idoso ingressa na instituição com uma condição cognitiva boa e ele próprio passa as informações sobre suas preferências e características e um segundo onde o idoso possui grave comprometimento neurocognitivo que torna a comunicação com a equipe mínima ou até mesmo nula.

Na primeira hipótese, o adoecimento ao longo do período de abrigamento com declínio cognitivo não impedirá a equipe de continuar a atuar no planejamento de atividades, tendo em vista o longo histórico registrado no PIA de abordagens que poderão nortear às ações no futuro, ainda que o prejuízo cognitivo leve a alterações de comportamento. Presume-se que ao longo do abrigamento, seja pela colheita de informações prestadas pelo próprio idoso seja pela observação atenta da equipe técnica, seja possível traçar um perfil do morador e, conseqüentemente, um planejamento para atividades tendentes ao estímulo à manutenção de vínculos comunitários, sociais e familiares.

Num segundo cenário, no qual o primeiro contato da equipe já é com uma pessoa idosa adoecida e com forte déficit cognitivo, as informações constantes do PIA deverão ser coletadas indiretamente por meio de familiares, cuidadores e atores da rede de assistência e de saúde.

Invariavelmente a falta dessas informações leva a equipe das instituições asilares a agir de forma uniforme em relação a todos os residentes, não se atentando às peculiaridades dos moradores, o que acaba gerando o desinteresse e via de consequência a apatia dos idosos, sempre entendida como um comportamento “natural”.

Não se permite ainda esquecer que muitas dessas atividades planejadas sem que haja capacitação envolvida muitas vezes perpetua estereótipos e infantiliza os moradores, o que funciona como um fator de desestímulo para a participação. Infelizmente, muitas vezes a equipe não consegue enxergar esse problema na atividade proposta e acaba imputando a baixa adesão a uma circunstância “natural” do envelhecimento.

Se internamente posturas como essas levam ao desinteresse nas atividades internas da entidade, o que se dirá quanto ao desejo de participar de atividades externas?

Pelo que se depreende dos relatórios, os idosos que desejam manter o vínculo com a comunidade, saindo das instituições com frequência e desacompanhados são muitas vezes vistos como “problemas”. Mesmo pessoas idosas plenamente capazes quando se ausentam e não retornam são reportados aos Ministério Público como “fugitivos”, expondo a ideologia tradicional de que envelhecimento se confunde com incapacidade numa perspectiva de infantilização.

O que se observa é que as próprias equipes das instituições de longa permanência pesquisadas identificam suas entidades como “instituições totais”, onde o acolhimento pressupõe a perda da liberdade do morador. Daí tem-se como conseqüência a ideia equivocada de que a vinculação do idoso à comunidade sempre tem que ser mediada pela equipe da instituição, que deverá determinar quando, onde e como o morador poderá entrar em contato com o mundo externo.

Nada mais equivocado.

Não há nenhuma norma legal que restrinja a liberdade do idoso pelo fato de ter sido acolhido em instituição de longa permanência. Ao contrário, a principiologia do direito do idoso é toda no sentido de resguardar sua dignidade, autonomia, independência e liberdade. A entidade de acolhimento, como estrutura ligada à assistência social que é, atende ao direito da pessoa idosa a uma moradia. Tratando-se de pessoa maior e capaz não se confunde o acolhimento com confinamento ou prisão. Por óbvio, o acolhimento implicará à submissão de regras de convivência e a horários, porém, de forma alguma, importará na restrição da liberdade do morador, que poderá inclusive desligar-se da entidade caso assim o deseje.

Apenas nos casos em que houver a presença de um morador com transtorno neurocognitivo, será necessário um cuidado maior do acompanhamento das saídas e do contato externo.

Por óbvio que no caso, por exemplo, de um morador com Mal de Alzheimer, permitir sua saída da instituição desacompanhado, será o mesmo que colocá-lo em situação de risco, uma vez que será altamente improvável que consiga retornar ao local de sua moradia, mesmo que deseje fazê-lo.

Nesses casos, a legislação brasileira não se ocupou de estabelecer parâmetros claros quanto à responsabilidade da instituição por eventuais danos causados a moradores com essas características, nem tampouco previu critérios precisos para se ponderar o eventual conflito entre o direito de liberdade do idoso e o dever de cuidado que incide sobre a entidade de acolhimento.

O Estatuto do Idoso ao prever em seu artigo 49, inciso IV, o direito à manutenção dos vínculos comunitários para a pessoa idosa institucionalizada, não esclareceu como fazê-lo nos casos de idosos com alguma espécie de demência.

Nesse ponto, cabe um pequeno parêntese para esclarecer que mesmo nos casos dos idosos que estejam sob o regime de curatela, o problema remanesce. Isto porque não cabe ao curador decidir em nome do idoso sobre direitos existenciais. A legislação em vigor, alterada por força da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, restringiu bastante os poderes do curador, limitando-os aos atos de cunho eminentemente patrimoniais, de modo que nem mesmo o curador pode decidir a respeito da liberdade do curatelado, sob o risco de incorrer em ato ilícito.

Nesses casos, permite-se a adoção de alguns parâmetros. O primeiro deles é buscar base técnica para a identificação da higidez da vontade manifestada. Em muitas situações, como no caso do Mal de Alzheimer, a manifestação da vontade encontra-se comprometida pela doença, e por isso o desejo de sair da instituição é na verdade um pedido automaticamente repetido e não um desejo genuíno. Vale citar presentemente a prática criativa adotada por uma instituição de longa permanência da cidade de Trieste, na Itália, onde residem apenas idosos com Mal de Alzheimer e demências assemelhadas. Nessa entidade, o quadro de agitação dos moradores era constante em razão dos repetidos pedidos dos moradores para deixarem o local onde estavam acolhidos. Diante de tal quadro, a equipe técnica criou o que veio a ser chamado "caminho Alzheimer", que nada mais era que uma rota que pretensamente levaria à saída da instituição, mas que, de fato, não levava

a lugar algum. Também houve uma mudança de atitude dos integrantes da equipe. Antes, sempre que havia um pedido de morador para deixar a ILPI, os funcionários respondiam negativamente gerando uma reação de agitação nos idosos. Com a nova proposta, os servidores passaram a sempre responder positivamente deixando os idosos “irem embora”, o que nunca acontecia de fato. Mas o que é mais importante nessa experiência é que os idosos ficavam satisfeitos e sem agitação. E qual foi a razão do sucesso dessa proposta? Baseou-se em dois pontos decorrentes da observação da equipe: em primeiro lugar o fato de que o desejo de ir embora não era genuíno, de modo que ao fazer o caminho o idoso o esquecia. E em segundo lugar que quanto mais agradável fosse o caminho, ornado com desenhos de paisagens naturais e com elementos sensoriais de decoração e objetos imitando atividades externas (como uma banca de feira), mais facilmente os idosos teriam sua atenção voltada para o caminho em si do que para a saída.

Esse exemplo é bastante enfático no sentido de que a capacitação da equipe técnica e o número adequado de profissionais contratados permite a criação de soluções para as situações rotineiras que se apresentam na gestão de uma entidade de acolhimento para idosos.

E como agir quando a vontade do idoso demenciado em ter contato com o mundo externo for genuína?

Nessas situações é preciso conhecer o idoso e isso só será possível se houve todo o trabalho em delinear o seu perfil dentro do plano individual de atendimento. Por meio do documento operacional em referência será possível conhecer suas vontades e preferências e também suas referências familiares e sociais. É a partir desse planejamento que, no caso de idosos com transtorno neurocognitivo, será possível aferir se o seu direito ao convívio comunitário está sendo respeitado.

De nada adianta, inserir o morador num passeio à praia, se o idoso odeia estar à beira mar. O planejamento deve ser baseado em dados e a atividade proposta deve ser, na medida do possível, pactuada com o próprio idoso. E mesmo assim, após realizada, deve ser avaliada quanto à sua eficácia na manutenção de vínculos.

É preciso que haja também um profissional de referência. É esse profissional que mediante o acompanhamento do idoso ao longo de seu período de acolhimento que poderá entender melhor a personalidade do indivíduo, seus valores e expectativas, de modo a apoiá-lo no exercício de sua autonomia. Nesse contexto, o profissional de referência deve ser, desde logo, indicado no plano individual de atendimento (PIA).

É curioso observar que, apesar dessa estratégia ser prevista pelas normas do SUAS e pelas orientações técnicas para acolhimento de crianças e adolescentes, não é mencionada expressamente nas normas técnicas que regem o serviço prestado pelas instituições de longa permanência.

Contudo, a relevância desse profissional pode ser deduzida dos princípios que regem a legislação protetiva da pessoa idosa e por isso deve ser implementada nas rotinas institucionais.

A autonomia da pessoa trata-se de um processo de construção do indivíduo e, sobretudo num cenário em que a pessoa ingressa numa instituição asilar sem qualquer referência histórica e sem condições de se comunicar em razão de um transtorno neurocognitivo, o acompanhamento de seu comportamento é o único meio de se traçar um perfil dessa pessoa.

Ainda que não haja comunicação verbal, as reações corporais e emocionais servirão de bússola para delinear vontades e preferências. Muito embora tal tarefa seja difícil para qualquer pessoa da equipe técnica, a falta desse acompanhamento por um profissional específico a torna impossível.

Cumpra ser ressaltado que deve haver flexibilidade na indicação do profissional de referência cujo perfil deve ser aderente ao perfil da pessoa idosa abrigada. Assim, muitas vezes o planejamento inicial pode não se desenvolver como esperado, produzindo uma demanda pela substituição do profissional. Tal substituição não representa nenhum prejuízo ao direito do idoso, ao revés tende a indicar uma maturidade da equipe que ao rever periodicamente o plano individual de atendimento demonstra a iniciativa de revisá-lo para torná-lo melhor.

Em termos práticos, a aplicação da proposta aqui apresentada pode ser feita por meio do roteiro abaixo que indica as etapas a serem seguidas pela equipe técnica por ocasião do ingresso da pessoa idosa na instituição de longa permanência e atualizado periodicamente durante as reuniões da equipe multidisciplinar:

1. Colheita de todas as informações sobre a pessoa idosa, tais como profissão, hobbies, religião, crenças, histórico familiar, relações de amizade, preferências alimentares, rotinas, patologias crônicas etc. O ideal é que nessa colheita de informações, sempre que possível, a própria pessoa idosa participe sendo protagonista desse momento de mudança de vida. No caso da impossibilidade de comunicação em razão de algum transtorno neurocognitivo, as informações devem ser colhidas com as pessoas, familiares ou não, que tenham contato próximo com o idoso, eis que muitos familiares, apesar da relação de parentesco, não mantêm o convívio com a pessoa idosa e, portanto, pouco poderão colaborar no fornecimento de informações relevantes;

2. No caso de encaminhamentos de pessoas idosas pela rede de assistência, deverá haver uma interlocução com as equipes da rede de assistência (SUAS) e com a rede de saúde. Neste último caso e, sobretudo nas hipóteses em que houver transtorno neurocognitivo, o ideal é que sejam buscadas informações sobre o projeto terapêutico desenvolvido para a pessoa de modo que a partir do abrigamento possa ser acompanhado pela equipe de ILPI. Por outro lado, o próprio acolhimento deverá ser informado a rede de assistência e de saúde para que possa haver uma interação contínua entre as equipes envolvidas;
3. Todas as informações relevantes deverão ser inseridas no plano individual de atendimento (PIA) e no plano de atenção integral à saúde do caso (PAISI). A publicação “Roteiro de Atuação: o Ministério Público e a fiscalização do serviço de acolhimento institucional de longa permanência para idosos” (2015) elaborada pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro apresenta modelos de formulários para ambos os documentos operacionais⁵⁰;
4. A equipe deverá reunir-se para a elaboração de um planejamento estratégico de intervenção especificamente preparado para o novo morador, no bojo do qual deverão ser pensadas as atividades que serão propostas, tanto internas quanto externas, deverá ser pensado qual o melhor quarto a ser ocupado pelo novo morador, desde sua decoração com itens pessoais até eventuais companheiros de quarto, no caso de habitações coletivas⁵¹, bem como indicar qual seria o profissional de referência;

⁵⁰ Disponível em http://www.mprj.mp.br/documents/20184/74440/roreito_atuacao_cao_idoso.pdf, acesso em 02 de janeiro de 2022.

⁵¹ A Resolução RDC/ANVISA n. 502/21 prevê o limite máximo de 4 (quatro) moradores por quarto (art. 29, inciso I).

5. A escolha do profissional de referência deverá levar em conta as características do morador idoso de modo a gerar a maior interação possível e o nome do referido profissional deverá constar expressamente do PIA em campo próprio criado especificamente para tal finalidade. A pessoa idosa deverá ser comunicada sobre o profissional de referência, devendo constar do PIA referência expressa a essa circunstância;
6. Em caso de não adaptação da pessoa idosa ao profissional de referência inicialmente indicado, a equipe técnica deverá avaliar a necessidade de troca por outro profissional atuante na ILPI, conforme as circunstâncias indiquem efeito benéfico para a qualidade de vida do idoso residente;
7. A ILPI deverá possuir uma instância de escuta sem vínculo com o profissional de referência para qual a pessoa idosa possa se dirigir em caso de alguma reclamação. A existência de tal instância é essencial para que o idoso não se sinta dependente do profissional de referência a ponto de não poder questionar nenhuma atitude que não considere correta;
8. O plano elaborado pela equipe técnica da ILPI deverá ser comunicado à própria pessoa idosa, quando ainda possível a interação, bem como à família, cujas opiniões deverão ser consideradas para a melhoria e adaptações do plano proposto;
9. O PIA deverá ser analisado e avaliado periodicamente pela equipe multidisciplinar da ILPI no intuito de verificar sua eficácia, bem como a necessidade de mudanças no planejamento inicialmente gestado em razão de alterações do contexto existente no período do acolhimento, tais como surgimento de patologias, falta de adaptação às rotinas asilares, abandono da família etc.;

10. No que tange a atividades externas (tais como passeios ao ar livre, cinema, teatro, frequência a missas ou cultos de acordo com a crença do idoso etc.) deve sempre ser incentivada a participação de familiares e amigos, no intuito de promover a manutenção de vínculos tanto familiares quanto comunitários, devendo a equipe estar aberta à escuta da própria pessoa idosa na proposição de atividades de acordo com suas vontades e preferências. É ainda altamente recomendável que a pessoa possa alternar períodos fora da instituição em datas festivas e ou períodos de férias em companhia de seu círculo familiar ou de amizade;
11. A pessoa idosa abrigada deverá ter acesso aos meios de comunicação com o público externo, sobretudo através de aparelho de telefone celular de uso privativo ou computadores, caso possua afinidade para utilizar ferramentas tecnológicas. Do mesmo modo, a pessoa idosa deverá ter acesso a utensílios e tecnologias assistivas que permitam sua interação com o ambiente, tais como óculos, cadeiras de rodas e aparelhos auditivos.

O roteiro acima proposto poderá, conforme a conveniência da equipe, ser facilmente convertido num *check list* permitindo a equipe verificar em todos os casos o atendimento aos itens elencados, incorporando a proposta sugerida nesta tese à rotina institucional.

A título de exemplo, permite-se a sugestão do formulário abaixo:

	SIM	NÃO
1. Por ocasião do acolhimento da pessoa idosa foram colhidas informações pessoais, tais como profissão, hobbies, religião, crenças, histórico familiar, relações de amizade, preferências alimentares, rotinas, patologias crônicas etc.?		
2. A própria pessoa idosa foi entrevistada pela equipe técnica para a colheita de tais informações?		
3. Na colheita dessas informações foi buscado o contato com familiares e amigos?		
4. Na colheita dessas informações foi buscado o contato com a rede de assistência social (SUAS)?		
5. Na colheita dessas informações foi buscado o contato com a rede de saúde?		
6. Foi feita a indicação de um dos integrantes da equipe técnica da ILPI para ser o profissional de referência da pessoa idosa?		
7. A pessoa idosa foi comunicada sobre o nome do profissional de referência para ela indicado?		
8. O nome do profissional de referência foi inserido no plano individual de atendimento (PIA)?		
9. O plano individual de atendimento (PIA), com base nas informações colhidas, inseriu estratégias para o desenvolvimento de atividades externas no intuito da manutenção de vínculos comunitários (passeios ao ar livre, cinema, teatro, missa ou culto etc.)?		
10. O plano individual de atendimento (PIA), com base nas informações colhidas, inseriu estratégias para o desenvolvimento de atividades externas no intuito da manutenção de vínculos familiares (saída para datas festivas, viagens de férias com a família etc.)?		
11. A ILPI dispõe de instância para a qual a pessoa idosa possa se dirigir para questionar a ação do profissional de referência?		
12. A pessoa idosa tem acesso a telefone celular privativo ou outro meio de contato com pessoas não vinculadas à ILPI?		
13. O PIA prevê a periodicidade de sua revisão pela equipe multidisciplinar da ILPI?		

Sem embargo de sua simplicidade, o *check list* acima é o que bastaria para que a equipe técnica fosse alertada para a falha em suas rotinas no que se refere à garantia do direito à autonomia e à manutenção dos vínculos comunitários da pessoa idosa acolhida, sendo certo que, conforme as peculiaridades e o nível dos profissionais envolvidos, a relação poderia ser incrementada ou mais detalhada.

Na proposta acima, o cenário ideal seria aquele em que fosse marcada a resposta "SIM" em todos os quesitos. No entanto, cumpre ser salientado que nem toda resposta "NÃO" deve ser traduzida como uma falha da equipe. Em alguns casos, funcionará muito mais como um sinal de alerta para a atenção dos profissionais. Basta imaginar a hipótese da pessoa idosa com comprometimento cognitivo severo. Nessa situação, a resposta "NÃO" ao item 7 não representará uma falha da equipe, mas uma impossibilidade de comunicação. Nesses casos seria recomendável que fosse feita uma observação no próprio questionário.

9. CONCLUSÃO

A partir das premissas desenvolvidas nos capítulos anteriores é forçoso concluir que a presença de um profissional de referência indicado para o acompanhamento de todo o percurso do acolhimento da pessoa idosa com transtornos neurocognitivos em uma instituição de longa permanência mostra-se essencial para a garantia do exercício do direito à autonomia e a manutenção dos vínculos comunitários da população abrigada, muito embora não haja previsão legal para a atuação de tal profissional nem tampouco referência à sua atuação nos manuais de orientação do Sistema Único de Assistência Social.

Deve ser ressaltado que o exercício da autonomia da pessoa idosa, visto como um direito humano fundamental decorrente do direito à privacidade, deve ser garantido em todo o período em que a pessoa estiver em acolhimento institucional. As pessoas idosas, independentemente de sua condição de saúde mental, também têm o direito assegurado na legislação brasileira à manutenção dos vínculos comunitários ao longo do período de acolhimento em instituições de longa permanência para idosos.

Via de regra, a autonomia consiste num processo de autoconhecimento da pessoa humana que lhe permite a construção de um projeto de vida, baseado em valores, princípios éticos, crenças, preferências e vontades. Assim sendo, para que tanto o direito à autonomia quanto o direito ao convívio comunitário sejam assegurados é essencial que as equipes técnicas conheçam as características individuais dos idosos acolhidos, por meio da colheita de informações com os próprios interessados, com sua família, referências sociais e comunitárias e com agentes da rede de assistência e de saúde, sendo certo que as ferramentas estabelecidas na legislação brasileira para registro de tais informações e planejamento de ações é o plano individualizado de atendimento (PIA) e o plano de atenção integral à saúde do idoso (PAISI).

No caso de pessoas idosas com transtornos neurocognitivos o exercício do direito à autonomia dependerá da busca de informações que permitam delinear valores, vontades e preferências, seja por meio de colheita de dados com familiares e pessoas do convívio do indivíduo seja pelo acompanhamento da pessoa ao longo do abrigo, permitindo a conjugação das duas estratégias caso isso seja possível.

E é justamente nesse contexto que assume importância a adoção do profissional de referência.. Para que a colheita de informações sobre valores, crenças, vontade e preferências da pessoa idosa seja cumulativa e possa ser trabalhada com alguma metodologia é essencial a indicação do profissional específico dentre os integrantes da equipe técnica da entidade de acolhimento. Só assim, mediante a observação diuturna e contínua será possível o acompanhamento das reações da pessoa ao longo do abrigo, sem embargo de que se criam condições propícias à formação de vínculo de confiança entre a pessoa acolhida e o profissional, permitindo maior sensação de acolhimento e diminuição do stress decorrente da mudança para uma nova forma de moradia.

Constata-se ainda que a falta de capacitação da equipe da ILPI aliada ao número insuficiente de profissionais gera comportamentos que tendem a infantilizar as pessoas idosas e acentuar estigmas e preconceitos incidentes sobre os residentes das instituições de longa permanência, levando a um processo de desumanização que impacta diretamente o direito à autonomia e à manutenção dos vínculos comunitários. A consequência dessa falha do serviço prestado pelas entidades de acolhimento é a naturalização do comportamento apático da pessoa idosa, dotando o ambiente da instituição de condições propícias ao isolamento, permitindo-se supor que há relação direta entre esse comportamento e a falta de capacitação dos funcionários em temas ligados à gerontologia.

O levantamento dos dados extraídos do Módulo do Idoso (MID), plataforma que reúne informações sobre as fiscalizações realizadas pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro nas instituições de longa permanência de todo o Estado do Rio de Janeiro indicam que um número bastante significativo de entidades que ainda não utilizam nem o plano individualizado de atendimento (PIA) nem o plano de atenção integral à saúde do idoso (PAISI).

No decorrer das fiscalizações realizadas pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro foi possível verificar que o não atendimento ao número mínimo de profissionais exigido por lei e a falta de capacitação da equipe técnica teve como consequência falhas no preenchimento do plano individualizado de atendimento (PIA) e na falta de atualização permanente, sendo certo que é possível apontar uma relação direta entre o uso inadequado da ferramenta e a ausência de estratégias para manutenção de vínculos comunitários para os idosos residentes.

Por outro lado, a falta da utilização adequada do PIA e a ausência de articulação da equipe técnica, numa atuação multidisciplinar e periódica, atinge mais fortemente aos moradores idosos com transtorno neurocognitivo, que, em função da dificuldade de comunicação, dependem mais de uma atuação proativa dos profissionais da entidade de acolhimento para o planejamento de ações que busquem garantir o direito ao convívio comunitário nessas circunstâncias.

Diante de tudo o que foi analisado, o que a presente exposição propõe é que as entidades de acolhimento, além da utilização adequada do PIA, passem a utilizar um profissional de referência em relação aos idosos abrigados, de modo a permitir um acompanhamento individualizado e cujo conhecimento sobre vontades e preferências do morador possa ser cumulativo e desta forma mais efetivo para traçar estratégias que visem a garantir o efetivo exercício do direito à autonomia da pessoa idosa. Sugere-se, ainda, que a indicação do profissional de referência passe a fazer parte do plano individualizado de atendimento (PIA), sendo certo que é direito do próprio idoso ser informado sobre qual o profissional foi indicado para tal função, bem como sobre eventuais alterações no curso do abrigamento.

10. REFERÊNCIAS

ABCMED, 2019. **Distúrbio neurocognitivo - conceito, causas, diagnóstico, tratamento, evolução.** Disponível em: <<https://www.abc.med.br/p/saude-do-idoso/1334903/disturbio-neurocognitivo-conceito-causas-diagnostico-tratamento-evolucao.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

ABREU, Célia Barbosa. **Curatela e Interdição Civil.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

ALBUQUERQUE, Aline. **Capacidade Jurídica e Direitos Humanos.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia e GIACOMIN, Karla Cristina. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões.** Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; MORAES, Guilherme Peña de e ALMEIDA, Luiz Cláudio Carvalho de (Coord.). **Estatuto do Idoso: comentários à Lei 10.741/03.** 2ª edição. Indaiatuba (SP): Ed. Foco, 2021.

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais.** Tradução da 5ª edição alemã. São Paulo: Malheiros, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais: DSM-5.** Porto Alegre: Artmed. 2014.

BARBOZA, Heloisa Helena. **O Princípio do Melhor Interesse do Idoso.** In PEREIRA, Tania da Silva e OLIVEIRA, Guilherme de. *O Cuidado como Valor Jurídico.* Rio de Janeiro: Forense, 2018.

BARBOZA, Heloisa Helena; MENDONÇA, Bruna Lima de; ALMEIDA JUNIOR, Vitor de Azevedo (coord.). **O Código Civil e o Estatuto da Pessoa com Deficiência.** Rio de Janeiro: Processo, 2017.

BARCELOS, Bárbara Jacome *et al.* **Dimensions assigned to Long Term Care Facilities by managers and health professionals: interfaces and contradictions.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]. 2018, v. 21, n. 01 [Accessed 15 November 2021], pp. 16-23. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170082>>. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170082>.

BARTLETT, Peter; SANDLAND, Ralph. **Mental Health Law: Policy and Practice**. Fourth edition. Oxford University Press, 2014.

BARRETO, Cecília Nogueira Guimarães. **Constitucionalidade da Tutela Individual do Idoso pelo Ministério Público**. Curitiba: Juruá, 2015.

BARROSO, Luís Roberto. **Interpretação e Aplicação da Constituição**. 2ª edição. São Paulo: Saraiva, 1998.

BEAUCHAMP, Tom L. e CHILDRESS, James F. **Principles of Biomedical Ethics**. 7ª ed. New York: Oxford University Press. 2013.

BERZINS, Marília Viana; MALAGUTTI, William (Org.). **Rompendo o Silêncio: faces da violência na velhice**. São Paulo: Martinari, 2010.

BICEGO, Livia. **Luci e Ombre sulla Contenzione: premesse e risultati**. In MISLEJ, Maila e BICEGO, Livia. *Contro la Contenzione*. 2ª ed. Maggioli Editore. 2018.

BIROLI, Flávia. **Autonomia e Desigualdades de Gênero: contribuições do feminismo para a crítica democrática**. Vinhedo: Editora Horizonte. 2013.

BOAS, Paulo José Fortes Villas *et alii* (Editores). **Manual: qualidade do cuidado em instituição de longa permanência para idoso**. Belo Horizonte (MG): ILPI, 2021.

BORN, Tomiko e BOECHAT, Norberto Seródio. **Qualidade dos Cuidados ao Idoso Institucionalizado**. In: FREITAS, Elizabete Viana de e PY, Lígia (editoras). *Tratado de Geriatria e Gerontologia/Elizabete Viana de Freitas, Ligia Py*. - 4. ed. - [Reimpr.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Lei 10.741/2003. Distribuição gratuita; ALERJ. 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 36.ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

BRASIL. **Lei ° 8842 de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, seção 1, 05 de janeiro de 1994.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa: é possível prevenir, é necessário superar**. Brasília (DF): Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Manual de Fiscalização das Instituições de Longa Permanência para os Conselhos Estaduais e Municipais da**

Pessoa Idosa/ Silva, Henrique Salmazo da (Colaborador) - Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2021.

BUTLER, Robert N. **The Longevity Revolution: the benefits and challenges of living a long life**. New York: PublicAffair. 2010.

CAMARANO, Ana Amélia (org.). **Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA. 2004.

CAMARANO, Ana Amélia e BARBOSA, Pamela. **Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está falando?** In ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia e GIACOMIN, Karla Cristina. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

CANÇADO, Flavio Aluizio Xavier; ALANIS, Laura Magalhães; e HORTA, Marcos de Lima. **Envelhecimento Cerebral**. In FREITAS, Elizabete Viana de e PY, Lúgia (editoras). Tratado de Geriatria e Gerontologia/Elizabete Viana de Freitas, Ligia Py. - 4. ed. - [Reimpr.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes *et al.* (Coord.). **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo: Saraiva/Almedina, 2013.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 2ª edição. Coimbra: Almedina. 1998.

CENDON, Paolo. **Rafforzamento Dell'Amministrazione di Sostegno e Abrogazione Dell'Interdizione e Dell'Inabilitazione**. Milano: editore Key, 2014.

COOPER, Claudia e LIVINGSTONE, Gill. **Mental Health/Psychiatric Issues in Elder Abuse and Neglect**. Clin Geriatr Med 30 (2014) 839-850

DELVALLE R, SANTANA RF, MENEZES AK, CASIANO KM, CARVALHO ACS, BARROS PFA. **Mechanical Restraint in Nursing Homes In Brazil: A Cross-Sectional Study**. Rev Bras Enferm. 2020;73 (Suppl 3):e20190509. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0509>.

DINIZ, Debora. **O Que É Deficiência**. São Paulo: Brasiliense. 2012.

DONNELLY, Mary. **Healthcare Decision-Making and the Law: autonomy, capacity and the limits of liberalism**. Cambridge: Cambridge, 2011.

DONNELLY, Mary. **Bests Interests in the Mental Capacity Act: time to say goodbye?** In Medical Law Review, Vol. 24, No. 3, 2016.

DWORKIN, Ronald. **Uma Questão de Princípio**. 2ª edição. São Paulo: Martins Fontes. 2005.

DWORKIN, Ronald. **Levando os Direitos a Sério**. São Paulo: Martins Fontes. 2002.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva e ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes (org.). **Idosos e Saúde Mental**. Campinas (SP); Papirus, 2010.

FALEIROS, Vivente de Paula; LOUREIRO, Altair Macedo Lahud; PENSO, Maria Aparecida (org.). **O Conluio do Silêncio**. São Paulo: Roca. 2009.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Curso de Direito Civil: teoria geral**. 4ª edição. Salvador: JusPodivm. 2006.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Curso de Direito Civil**. Vol. 6. 8ª edição. Salvador: JusPodivm. 2016.

FERRAJOLI, Luigi. **Direito e Razão**: teoria do garantismo penal. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais. 2002.

FERRAZ, Carolina Valença; LEITE, George Salomão; LEITE, Glauber Salomão; LEITE, Glauco Salomão (Coord.). **Manual dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. São Paulo: Saraiva. 2012.

FERREIRA, Stela da Silva. **NOB-RH Anotada e Comentada**. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. 8ª edição. São Paulo: Perspectiva. 2008.

GODINHO, Robson Renault. **A Proteção Processual dos Direitos dos Idosos: Ministério Público, Tutela de Direitos Individuais e Coletivos e Acesso à Justiça**. Rio de Janeiro: Lumen Juris. 2007.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 9ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2015.

HERRING, Jonathan. **Caring and the Law**. UK: Hart Publishing Ltda. 2013.

HERRING, Jonathan. **Older People in Law and Society**. New York: Oxford University Press. 2009.

HERRING, Jonathan. **Vulnerable Adults and the Law**. New York: Oxford University Press. 2016.

HESSE, Konrad. **A Força Normativa da Constituição**. Trad. De Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editora. 1991.

KANTER, Arlene S. **The Development of Disability Rights Under International Law: from charity to human rights**. New York: Routledge. 2015.

KIM, Sun Kyung.; PARK, Myonghwa. **Effectiveness of person centered care on people with dementia : a systematic review and meta analysis**. In: Clinical Interventions in Aging, v. 12, p. 381/397, 2017.

KITWOOD, Tom. **Dementia Reconsidered: the person comes first**. Open University Press, 2011.

KOGAN, Alexis Colourides *et alii*. **Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairments: A Sistematic Literature Review**. Disponível em Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review (wiley.com), acesso em 30 de março de 2021.

KONG, Camillia. **Mental Capacity in Relationship: decision-making, dialogue, and autonomy**. Cambridge: Cambridge University Press. 2018.

LACHS, Mark.; PILEMER, Karl. **Elder Abuse**. The New England Journal of Medicine 373;20. November 12, 2015.

LUCAS, Cristiane Branquinho. Comentários aos arts. 33 a 38. In ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; MORAES, Guilherme Peña de e ALMEIDA, Luiz Cláudio Carvalho de (Coord.). **Estatuto do Idoso: comentários à Lei 10.741/03**. 2ª edição. Indaiatuba (SP): Ed. Foco, 2021.

MACEDO JR., Ronaldo Porto. **Contratos Relacionais e Defesa do Consumidor**. 2ª edição. São Paulo: RT. 2007.

MADRUGA, Sidney. **Pessoas com Deficiência e Direitos Humanos: ótica das diferenças e ações afirmativas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

MAIO, Iadya Gama. **Pessoa Idosa Dependente: práticas públicas de cuidados intermediários ao idoso no Brasil e a atuação do Ministério Público**. Curitiba: Juruá. 2016.

MARQUES, Claudia Lima. **Contrato no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais**. 5ª edição. São Paulo: RT. 2005.

MASCIA, Katia. **L'Amministrazione di Sostegno**. Milano: Editore Key, 2016.

MASSA, Michele. **La Contenzione. Profili Costituzionale: diritti e libertà**. In ROSSI, Stefano (a cura di). Il Nodo Della Contenzione: diritto, psichiatria e dignità della persona. Merano (Italia): Edizioni alpha beta Verlag. 2015

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Bonet. **Curso de Direito Constitucional**. 2ª edição. São Paulo: Saraiva. 2008.

MENDES, Gilmar Ferreira; LEITE, George Salomão; LEITE, Glauco Salmão; MUDROVITSCH, Rodrigo Bittencourt. **Manual dos Direitos da Pessoa Idosa**. São Paulo: Saraiva, 2017.

MENEZES, Arianna Kassiadou, SANTANA, Rosimere Ferreira e CIMADOR, Fabio. **Práticas Assistenciais Restritivas e o Paradigma da Cultura de Não Contenção da Pessoa Idosa**. In: FREITAS, Elizabete Viana de e PY Ligia (editoras). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

MENEZES, Joyceane Bezerra (org.). **Direito das Pessoas com Deficiência Psíquica e Intelectual nas Relações Privadas: Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e Lei Brasileira de Inclusão**. Rio de Janeiro: Processo, 2016.

MITCHELL Gary, AGNELLI Joane. **Person-Centred Care for People with Dementia: Kitwood reconsidered**. Nursing Standard. v. 30, n.7, 46-50, 2015.

MISLEJ, Maila e BICEGO, Livia. **Contro la Contenzione**. 2ª ed. Maggioli Editore. 2018.

NUSSBAUM, Martha C. **Fronteiras da Justiça: deficiência, nacionalidade, pertencimento à espécie**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002**; tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmin Cunha; revisão técnica de Jurilza M.B. de Mendonça e Vitória Gois. – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

PINHEIRO, Naide Maria (Coord.). **Estatuto do Idoso Comentado**. Campinas (SP): LNZ, 2006.

RIBEIRO, Geraldo Rocha. **A Protecção do Incapaz Adulto no Direito Português**. Coimbra: Coimbra Editora. 2010.

RIO DE JANEIRO. Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. **Roteiro de Atuação: o Ministério Público e a fiscalização do serviço de acolhimento institucional de longa permanência para idosos**/Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência, Grupo de Apoio Técnico Especializado. – Rio de Janeiro, 2015.

ROSSI, Stefano (coord.). **Il Nodo Della Contenzione: diritto, psichiatria e dignità della persona**. Bergamo: Edizioni Alpha Beta Verlag. 2015.

SANTANA, Rosimere Ferreira *et alii*. **Contenção Mecânica em Instituições de Longa Permanência para Idosos**. *In*: Revista de Enfermagem UFPE Online. Recife, 12(12):3394-400, dez., 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. 4ª edição. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004.

SARMENTO, Daniel. **Dignidade da Pessoa Humana**. Belo Horizonte: Fórum. 2016.

SPERANZA, Ana Cristina Canedo e MOSCI, Tarso. **Diagnóstico Diferencial das Demências**. *In*: FREITAS, Elizabete Viana de e PY, Lígia (editoras). Tratado de Geriatria e Gerontologia/ Elizabete Viana de Freitas, Ligia Py. - 4. ed. - [Reimpr.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma Epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing: a policy framework**. World Health Organization, 2002. Disponível em:< <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>>. Acesso em 17 de agosto de 2021.

MPRJ

PROJETO GRÁFICO

Gerência de Portal e Programação Visual

DIRETORIA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

SECRETARIA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E DE COMUNICAÇÃO

