

## PROVIMENTO Nº 001/2010-MP/PGJ/CGMP, DE 22 DE ABRIL DE 2010

Dispõe sobre os instrumentos de controle de atuação funcional quanto à fiscalização periódica de entidades destinadas ao acolhimento de crianças, adolescentes, idosos e deficientes, e dos direitos e deveres dos respectivos acolhidos, por parte do órgão de execução do Ministério Público, e dá outras providências.

**O PROCURADOR-GERAL DE JUSTIÇA e a CORREGEDORA-GERAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO**, no uso de suas atribuições legais (Arts.10, XII e 17, IV, da Lei nº 8.625 de 12 de fevereiro de 1993- Lei Orgânica Nacional do Ministério Público dos Estados c/c os Art.18, XII e 37, XII da Lei Complementar nº 57, de 06 de julho de 2006 - Lei Orgânica do Ministério Público do Estado do Pará);

**CONSIDERANDO**, o disposto no Art.25, VI da Lei nº 8.625/93-Lei Orgânica Nacional do Ministério Público dos Estados (LONMP) c/c o Art.95 da Lei 8.069/90 (ECA), Art.52 da Lei 10.741/03 (Estatuto do Idoso) e o Art.52, VIII da Lei Orgânica do Ministério Público do Estado do Pará (LOMP/PA), que dispõem sobre a fiscalização das entidades que abriguem crianças, adolescentes, idosos e deficientes pelos órgãos de execução do Ministério Público;

**CONSIDERANDO** a necessidade de efetivar o controle da atuação funcional do membro do Ministério Público referente à permanente e atualizada fiscalização das entidades de abrigo aqui tratadas e dos direitos e deveres dos abrigados, de acordo com a nova LOMP/PA;

**CONSIDERANDO** ainda que o tema foi objeto de discussão desta Corregedoria-Geral com os Coordenadores dos Centros de Apoio Operacional, objetivando a inclusão pelo Ministério Público de medidas adequadas às atividades de monitoramento dos órgãos de execução do Ministério Público, de acordo com a nova LOMP/PA.

### **RESOLVEM:**

Art. 1º - Incumbe ao membro do Ministério Público do Estado do Pará, quando no exercício de suas respectivas atribuições:

I - exercer em caráter permanente a fiscalização das entidades que abriguem crianças, adolescentes, idosos e deficientes, de acordo com o disposto nos Art. 95 da Lei 8.069/90 (ECA), Art.52 da Lei 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), Art.127, caput, e Art.129, II da Constituição Federal, Art. 25, VI da LONMP c/c Art.52, VIII da LOMP/PA, devendo elaborar relatório de visita (modelos anexos I);

II - elaborar, mantendo-o atualizado e sob o rigoroso controle, o Quadro Demonstrativo de crianças, adolescentes, idosos ou deficientes em abrigos, afetos ao cargo do órgão de execução do qual for titular, ou pelo qual estiver respondendo.

Art.2º - Os relatórios de visita às entidades de abrigo aqui referidas, o Quadro Demonstrativo de crianças, adolescentes, idosos e deficientes em abrigos, onde houver, constituem instrumentos de controle da atuação funcional e de fiscalização do funcionamento de tais abrigos e dos direitos e deveres dos abrigados, pelo Ministério Público.

§1º. Cópias dos instrumentos a que se refere este artigo deverão ser arquivadas, no respectivo órgão de execução do Ministério Público, em pastas separadas, e em meio eletrônico, claramente identificadas.

§2º. Cópia do relatório de visita, com o respectivo Quadro Demonstrativo, deverá ser encaminhada à Procuradoria-Geral de Justiça e à Corregedoria-Geral do Ministério Público – arquivo por meio eletrônico ao endereço: [corregedoria@mp.pa.gov.br](mailto:corregedoria@mp.pa.gov.br), para fins de compor banco de dados e facilitar o acompanhamento das visitas -, solicitando, quando for o caso, a intermediação desses órgãos para solução dos casos de maior gravidade ou complexidade.

Art.3º - Ao membro do Ministério Público recomenda-se adotar as providências necessárias, tendentes ao bom funcionamento das entidades que acolham crianças, adolescentes, idosos e deficientes físicos, sempre que constatar irregularidades e descumprimento às normas constantes do Arts. 91, 92, 93 da Lei 8.069/90 (ECA), das disposições da Lei 10.741/03 (Estatuto do Idoso) e da Lei 7.853/89 (Direitos de Pessoas Portadores de Deficiência), bem como dos Arts. 226, 227, 230 da Constituição Federal.

Art.4º - Ao membro do Ministério Público observar o estabelecido no Art.154, incs. XXIV, XXVI da LCE nº 057 de 06 de julho de 2006: "não se afastar do exercício do cargo, nos casos legalmente permitidos, (...) sem repassar ou deixar à disposição de seu substituto ou sucessor, relatório sucinto e objetivo sobre os serviços do cargo, especialmente quanto aos que estiverem pendentes de conclusão ou providências".

Parágrafo Único - Para ressaltar de responsabilidade, caberá ao eventual substituto ou sucessor comunicar à Corregedoria-Geral do Ministério Público, tão logo inicie a substituição ou sucessão, o descumprimento, pelo substituto ou sucedido, do disposto na parte final do referido artigo.

Art.6º - Este Provimento entra em vigor na data da sua publicação no Diário Oficial do Estado.

Belém (PA), 22 de abril de 2010.

**GERALDO DE MENDONÇA ROCHA**

Procurador-Geral de Justiça

**UBIRAGILDA SILVA PIMENTEL**

Procuradora de Justiça

Corregedora-Geral do Ministério Público

## **ANEXO I**

### **Roteiro para Fiscalização de entidades: Abrigo para crianças e adolescentes**

#### **IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE**

Nome da entidade: \_\_\_\_\_

Nome do dirigente: \_\_\_\_\_

Data da fundação: \_\_\_\_\_

Natureza da entidade: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Site/ email: \_\_\_\_\_

#### **REGISTROS**

CMDCA: \_\_\_\_\_

CEDCA: \_\_\_\_\_

Validade: \_\_\_\_\_

CMAS: \_\_\_\_\_

Validade: \_\_\_\_\_

Nº do alvará de funcionamento: \_\_\_\_\_

Nº do alvará de autorização sanitária: \_\_\_\_\_

Validade: \_\_\_\_\_

## PERFIL DA CLIENTELA

Capacidade de atendimento: \_\_\_\_\_

Número de abrigados: \_\_\_\_\_

Faixa etária: \_\_\_\_\_

Sexo: Nº de masculinos: \_\_\_\_\_ Nº de Femininos: \_\_\_\_\_

Perfil sócio econômico dos adolescentes atendidos (aspectos como renda, composição familiar, moradia, etc.): \_\_\_\_\_

## RECURSOS HUMANOS

Número de funcionários que trabalham na instituição: \_\_\_\_\_

Número de voluntários que trabalham na instituição: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO	ESCOLARIDADE	Nº DE FUNCIONÁRIOS	HORÁRIO DE TRABALHO	VINCULO INSTITUCIONAL
				(...)

Todas as pessoas que trabalham na instituição fizeram Curso de Capacitação para trabalhar com esta clientela?

Sim ( ) Não ( )

Quantos fizeram? \_\_\_\_\_ Data do último curso: \_\_\_\_\_

Há comprovação de idoneidade de todas as pessoas que trabalham na instituição?

Sim ( ) Não ( )

## PLANO INSTITUCIONAL/ ASPECTOS PEDAGÓGICOS

Ao receber criança e/ou adolescente encaminhado pelo Conselho Tutelar ou Vara da Infância e Juventude, a instituição recebe prontuário/relatório contendo informações acerca do abrigado?

Sim ( ) Não ( )

O(s) responsável(s) pelas atividades realizadas com as crianças e adolescentes na instituição tem formação pedagógica? Sim ( ) Não ( )

Providencia os documentos necessários ao exercício da cidadania das crianças e adolescentes que não os têm?

Sim ( ) Não ( )

Dispõe de arquivo com anotações atualizadas acerca do atendimento da criança e adolescente?

Sim ( ) Não ( )

O Plano Individual de Atendimento – PIA - contém:

(\_\_\_) dados pessoais – nome/idade/sexo/raça

(\_\_\_) foto

(\_\_\_) histórico de vida

(\_\_\_) explicitação acerca da necessidade de atendimento especializado

(\_\_\_) avaliação da situação familiar

(\_\_\_) relatos das ações realizadas visando à manutenção dos vínculos familiares

(\_\_\_) relatos acerca de outros encaminhamentos

(\_\_\_) avaliação periódica

(\_\_\_) estudo social de cada caso

Princípios adotados

A instituição realiza atendimento personalizado e em pequenos grupos.

Sim ( ) Não ( )

4Permite a visitação da família com datas e horários pré-estabelecidos.

Sim ( ) Não ( )

Permite a livre visitação da família. Sim ( ) Não ( )  
Incentiva contatos telef nicos. Sim ( ) Não ( )  
Incentiva troca de correspondência. Sim ( ) Não ( )  
Incentiva a participa o dos familiares na vida escolar e comunitária dos filhos.  
Sim ( ) Não ( )  
Incentiva a participa o de pessoas da comunidade no processo educativo da criança e do adolescente. Sim ( ) Não ( )  
Promove a participa o da criança e do adolescente na vida da comunidade local. Sim ( ) Não ( )  
Promove condi oes efetivas para o não desmembramento de grupos de irmãos.  
Sim ( ) Não ( )  
Promove visitas das crianças e adolescentes às suas famílias. Sim ( ) Não ( )  
Promove passeios das crianças e adolescentes com suas famílias. Sim ( ) Não ( )  
Promove serviço de localiza o da família de origem. Sim ( ) Não ( )  
Outro, especificar: \_\_\_\_\_

Há uma rotina de atividades para as crianças e adolescentes atendidos?

Sim ( ) Não ( )

Há envolvimento e participa o das crianças e dos adolescentes nas atividades cotidianos do abrigo?

Sim ( ) Não ( )

Fornece informa o   criança, ao adolescente e   família sobre sua situa o processual?

Sim ( ) Não ( )

Evita, sempre que possível, a transferência da criança e do adolescente para outra entidade de abrigo dessa natureza?

Sim ( ) Não ( )

Propicia a escolariza o ou profissionaliza o da criança e do adolescente?

Sim ( ) Não ( )

#### SITUA O DE SAÚDE

Abriga alguma criança e/ou adolescente com deficiência?

Sim ( ) Não ( )

OBS: Informar o número no parêntese

( ) Portador de doença mental.

Recebe tratamento especializado? Sim ( ) Não ( )

( ) Portador de deficiência física e mental.

Recebe tratamento especializado? Sim ( ) Não ( )

( ) Portador de deficiência física.

Recebe tratamento especializado? Sim ( ) Não ( )

( ) Portador de deficiência mental.

Recebe tratamento especializado? Sim ( ) Não ( )

( )Usuário de substâncias psicoativas.

Faz tratamento especializado? Sim ( ) Não ( )

( ) Portador do vírus HIV.

Recebe tratamento especializado? Sim ( ) Não ( )

( ) Outros quadros: \_\_\_\_\_

Abriga criança ou adolescente portador de doenças infecto-contagiosas? Sim ( ) Não ( )

Nesses casos, ocorre a devida comunica o às autoridades sanitárias e ao juiz da Infância e Juventude? Sim ( ) Não ( )

## ABORDAGEM FAMILIAR

Trabalho desenvolvido com as famílias/reinserção familiar ( assinale os existentes)

- Apoio financeiro
- Auxílio transporte para a realização de visitas
- Apoio material (cesta básica, medicamentos, etc.)
- Assistência Jurídica
- Encaminhamento do familiar para serviços em saúde mental (álcool e drogas)
- Encaminhamento do familiar para programas de qualificação profissional
- Encaminhamento para programas de auxílio e proteção à família
- Reuniões, grupos de discussão/apoio
- Encaminhamento da família para atendimento psicológico
- Visita domiciliar
- Promove ou incentiva a inserção da criança e do adolescente em família substituta quando já não é mais possível o seu retorno a família de origem
- Comunica periodicamente às autoridades competentes casos que se mostra inviável o reatamento dos vínculos familiares de origem da criança e do adolescente
- Não realiza ações para as famílias
- Outros \_\_\_\_\_

Integração com a rede sócio assistencial (assinale as modalidades existentes)

Serviços/atividades	Funcionários/voluntários no próprio abrigo	Utiliza serviços da comunidade	Não oferece	Observações
Apoio/tratamento para dependentes químicos				
Assistência jurídica				
Atenção à saúde (assistência médica, odontológica, vacinação e etc)				
Assistência psicológica				
Assistência Contábil				
Assistência religiosa				
Assistência Social				
Atividades culturais e de lazer				
Atividades esportivas				
Educação formal				
Profissionalização para adolescentes				
Orientação sexual				
Acompanhamento escolar				
Outros- Especificar				

Os serviços assistenciais são prestados por pessoal especializado de acordo com a legislação vigente de cada profissional?

Sim ( ) Não ( )

## ASPECTOS DO AMBIENTE FÍSICO

Possui alvará de funcionamento da Prefeitura?

Sim ( ) Não ( )

Foi vistoriada pelo Corpo de Bombeiros?

Sim ( ) Não ( )

**Inserção da edificação no contexto da comunidade**

Existência de outras residências nas proximidades? Sim ( ) Não ( )

Disponibiliza serviços na vizinhança? Sim ( ) Não ( )

Há identificação externa da instituição? Sim ( ) Não ( )

**Instalações físicas em geral**

Condições de acessibilidade satisfatórias? Sim ( ) Não ( )

Condições de ventilação satisfatória? Sim ( ) Não ( )

Condições de segurança satisfatórias? Sim ( ) Não ( )

Iluminação adequada nas instalações? Sim ( ) Não ( )

Presença de animais nas instalações? Sim ( ) Não ( )

Adaptação física para acesso aos portadores de deficiência? Sim ( ) Não ( )

A estrutura física do abrigo comporta de forma adequada as crianças e adolescentes abrigados?

Sim ( ) Não ( )

**Dormitórios**

Leitos individuais para os abrigados? Sim ( ) Não ( )

Condições de higiene adequadas? Sim ( ) Não ( )

Roupas de cama adequadas e higienizadas? Sim ( ) Não ( )

Existência de locais individuais para a guarda de objetos pessoais?

Sim ( ) Não ( )

Número de atendidos por dormitório \_\_\_\_\_

Dispõe de dormitórios femininos e masculinos separados? Sim ( ) Não ( )

**Banheiros**

Condições de higiene adequadas? Sim ( ) Não ( )

Dispõe de produtos de higiene individuais? Sim ( ) Não ( )

**Lavanderias**

Condições de higiene adequadas? Sim ( ) Não ( )

Dispõe de produtos de limpeza adequados? Sim ( ) Não ( )

**Cozinha**

Condições de higiene adequadas? Sim ( ) Não ( )

Lixo separado da área de preparo de alimentos? Sim ( ) Não ( )

Equipamentos e utensílios higienizados? Sim ( ) Não ( )

Número diário de refeições? \_\_\_\_\_

Cardápio orientado por: \_\_\_\_\_

**Refeitório**

Mesas e cadeiras suficientes? Sim ( ) Não ( )

Acesso dos abrigados aos alimentos? Sim ( ) Não ( )

**Despensa**

Estocagem adequada dos alimentos? Sim ( ) Não ( )

Controle de qualidade e validade dos alimentos? Sim ( ) Não ( )

**Farmácia**

Estocagem adequada dos medicamentos? Sim ( ) Não ( )

Registro de medicamentos controlados e não controlados? Sim ( ) Não ( )

Registro para controle de entrada e saída de medicamentos? Sim ( ) Não ( )

**Área de lazer**

Existência de área de lazer? Sim ( ) Não ( )

Equipamentos seguros e adequados? Sim ( ) Não ( )

**PREPARO PARA O DESLIGAMENTO**

No último ano qual o número de crianças e adolescentes que retornaram às suas famílias de origem? \_\_\_\_\_

Há Incentivo à convivência dos atendidos com outras famílias? Sim ( ) Não ( )

Utiliza/mantém programa de famílias acolhedoras? Sim ( ) Não ( )

Quem oferece o programa? Município ( ) ONG ( ) Outras \_\_\_\_\_

O Programa é cadastrado no CMDCA? Sim ( ) Não ( )

Incentiva a integração em família substituta (guarda tutela, adoção)?

Sim ( ) Não ( )

No último ano quantas crianças e/ou adolescentes foram colocados em família substituta? \_\_\_\_\_

Há um programa para o adolescente que está próximo ao desligamento pela maioridade?

Sim ( ) Não ( )

Em caso positivo assinale qual:

(\_\_\_) Encaminhamento para cursos de qualificação profissional

(\_\_\_) Inserção no mercado de trabalho

(\_\_\_) Encaminhamento para repúblicas/pensionatos que fazem a transição

(\_\_\_) Encaminhamento para programas oficiais ou comunitários de auxílio

(\_\_\_) Promoção de vínculos com parentes/amigos para que possam apoiar o adolescente

(\_\_\_)

Outros \_\_\_\_\_

No último ano quantos adolescentes foram desligados por terem completado a maioridade? \_\_\_\_\_

Há programa de apoio e acompanhamento dos egressos da instituição?

Sim ( ) Não ( )

Em caso positivo, assinale quais:

(\_\_\_) Apoio financeiro (em dinheiro)

(\_\_\_) Apoio material (cesta básica, medicamentos, etc)

(\_\_\_) Assistência jurídica

(\_\_\_) Auxílio na busca de trabalho/renda

(\_\_\_) Encaminhamento para cursos de qualificação profissional

(\_\_\_) Reuniões, grupos de discussão/apoio

(\_\_\_) Visita domiciliar

(\_\_\_) Acompanhamento psicológico

(\_\_\_) Outros \_\_\_\_\_

#### **FONTES DE FINANCIAMENTO**

A instituição recebe recursos públicos?

Sim ( ) Não ( )

Municipal (\_\_\_)

Estadual (\_\_\_)

Federal (\_\_\_)

A instituição recebe recursos privados? Sim ( ) Não ( )

Em \_\_\_\_\_ caso \_\_\_\_\_ positivo, \_\_\_\_\_ quais \_\_\_\_\_ as fontes? \_\_\_\_\_

A instituição conta com recursos próprios? Sim ( ) Não ( )

Em caso positivo, como os mesmos são obtidos?

\_\_\_\_\_

#### **SUPERVISÃO TÉCNICA**

A equipe de trabalho recebe supervisão técnica institucional? Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_)

Quem realiza esta supervisão e com qual periodicidade?

---

---

---

---

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Data da visita: \_\_\_\_\_ hora: \_\_\_\_\_

Documentos

Coletados: \_\_\_\_\_

Entrevistados: \_\_\_\_\_

Observações da Equipe de Fiscalização \_\_\_\_\_

---

---

---

Equipe de Fiscalização \_\_\_\_\_

---

---

Assinatura/Data

(QUADRO DO ANEXO I)

### QUADRO DEMONSTRATIVO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM ABRIGO

PROMOTOR DE JUSTIÇA: \_\_\_\_\_ PROMOTORIA \_\_\_\_\_

COMARCA: \_\_\_\_\_

Nome da Criança e Adolescente	Data do Nascimento	Data da Entrada do Abrigo	Motivo do Abrigamento	Autoridade que determinou	Plano Individual de atendimento (PIA)	Situação atual	Última avaliação com data	Providências realizadas

DATA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PROMOTOR DE JUSTIÇA: \_\_\_\_\_

(TERMO DO ANEXO I)

### TERMO DE VISITA A ENTIDADE DE ABRIGO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

<b>PROMOTORIA DE JUSTIÇA</b>	
<b>MEMBRO DO MP - VISITANTE</b>	
<b>DATA E HORA DA VISITA</b>	

DATA DA ÚLTIMA VISITA	
ESTABELECIMENTO VISITADO	
ENDEREÇO	
AUTORIDADE DE PLANTÃO	
OBSERVAÇÕES: CAPACIDADE, Nº DE ICRANÇAS E/OU ADOLESCENTES, ESTRUTURA FÍSICA, CONDIÇÕES DE SALUBRIDADE, TRATAMENTO, CORPO TÉCNICO ETC	
PROVIDÊNCIAS ADOTADAS/RECOMENDAÇÕES:	
CONCLUSÃO:	
ASSINATURA DO MEMBRO DO MP	ASSINATURA DA AUTORIDADE DE PLANTÃO

## ANEXO II

Roteiro para Fiscalização de entidades: Abrigo de Longa Permanência para Idosos

### 1 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

Nome da entidade: \_\_\_\_\_

Data da fundação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Site/ email: \_\_\_\_\_

Nome do dirigente: \_\_\_\_\_

Nº de RG \_\_\_\_\_ Nº CPF \_\_\_\_\_

Possui Formação de Nível Superior? Sim ( ) Não ( ) .  
Qual? \_\_\_\_\_

Nome do Responsável Técnico: \_\_\_\_\_

Possui Formação de Nível Superior? Sim ( ) Não ( ) .  
Qual? \_\_\_\_\_

Nº de RG \_\_\_\_\_ Nº. CPF \_\_\_\_\_

Nº Conselho de Classe \_\_\_\_\_

### 2 ORGANIZAÇÃO

CNPJ: \_\_\_\_\_

Nº do Alvará de Funcionamento: \_\_\_\_\_

Nº do Alvará Sanitário: \_\_\_\_\_ Data da Expedição: \_\_\_\_\_

Inscrição no Conselho do Idoso: \_\_\_\_\_

Validade: \_\_\_\_\_

Possui Estatuto Registrado? Sim ( ) Não ( )

Possui Registro em Entidade Social? Sim ( ) Não ( )

Possui Regimento Interno? Sim ( ) Não ( )

Capacidade de atendimento: \_\_\_\_\_

Número de abrigados: \_\_\_\_\_

Faixa etária: \_\_\_\_\_

Sexo: Nº de masculinos : \_\_\_\_\_ Nº de Femininos: \_\_\_\_\_

Possui um responsável técnico que responde junto à autoridade sanitária local?

Sim ( ) Não ( )

Havendo responsável técnico este possui formação de nível superior?

Sim ( ) Não ( )

Possui prontuários de admissão e acompanhamento individuais com dados de identificação do idoso, responsáveis, bem como a relação de seus pertences e o valor para contribuição para a instituição (quando for o caso)?

Sim ( ) Não ( )

Possui contrato de Prestação de Serviço celebrado com o idoso ou seu responsável legal conforme o art. 50, I do Estatuto do Idoso? Sim ( ) Não ( )

Fornecer comprovante de depósitos dos bens móveis que receberem dos idosos, conforme o art. 50, XIV do Estatuto do Idoso? Sim ( ) Não ( )

Possui serviços terceirizados de:

Alimentação: Sim ( ) Não ( )

Limpeza: Sim ( ) Não ( )

Lavanderia: Sim ( ) Não ( )

Possui contrato e cópia do Alvará Sanitário das empresas terceirizadas?

Sim ( ) Não ( )

### 3 CONSIDERAÇÕES GERAIS

A instituição:

Preserva os direitos e garantias dos idosos, inclusive o respeito à liberdade de credo e a liberdade de ir e vir, desde que não exista restrição determinada no Plano de Atenção à Saúde? Sim ( ) Não ( )

Preserva a identidade e a privacidade do idoso, assegurando um ambiente de respeito e dignidade? Sim ( ) Não ( )

Promove ambiência acolhedora? Sim ( ) Não ( )

Promove a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência? Sim ( ) Não ( )

Favorece o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações? Sim ( ) Não ( )

Incentiva e promove a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente? Sim ( ) Não ( )

Desenvolve atividades que estimulem a autonomia dos idosos?

Sim ( ) Não ( )

Promove condições de lazer para os idosos tais como: atividades físicas, recreativas e culturais? Sim ( ) Não ( )

Desenvolve atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra pessoas nela residentes? Sim ( ) Não ( )

### 4 RECURSOS HUMANOS

Apresenta recursos humanos, com vínculo formal de trabalho, que garantam a realização das seguintes atividades:

Para os cuidados aos residentes:

Grau de Dependência I : um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia? Sim ( ) Não ( )

Grau de Dependência II : um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno?

Sim ( ) Não ( )

Grau de Dependência III : um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno?

Sim ( ) Não ( )

Para as atividades de lazer:

Possui um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana? Sim ( ) Não ( )

**Para serviços de limpeza:**

**Possui um profissional para cada 100m<sup>2</sup> de área interna ou fração por turno diariamente? Sim ( ) Não ( )**

**Para o serviço de alimentação:**

**Possui um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas? Sim ( ) Não ( )**

**Para o serviço de lavanderia:**

**Possui um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente?**

**Sim ( ) Não ( )**

**Possui profissional de saúde vinculado à sua equipe de trabalho, e possui registro desse profissional no seu respectivo Conselho de Classe?**

**Sim ( ) Não ( )**

**Identifiquem as categorias profissionais que fazem parte da instituição e seus respectivos quantitativos:**

**Médico** \_\_\_\_\_

**Enfermeiro** \_\_\_\_\_

**Assistente social** \_\_\_\_\_

**Psicólogo** \_\_\_\_\_

**Fisioterapeuta** \_\_\_\_\_

**Terapeuta ocupacional** \_\_\_\_\_

**Nutricionista** \_\_\_\_\_

**Farmacêutico** \_\_\_\_\_

**Técnicos de enfermagem** \_\_\_\_\_

**Outros (citar a categoria profissional e o número destes profissionais):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Realiza atividades de educação permanente na área de gerontologia, com objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos?**

**Sim ( ) Não ( )**

#### **5 INFRA-ESTRUTURA FÍSICA**

**O projeto arquitetônico de toda a construção, reforma ou adaptação foi aprovado pela autoridade sanitária competente?**

**Sim ( ) Não ( )**

**Oferece instalações físicas em condições de:**

**Habitabilidade? Sim ( ) Não ( )**

**Higiene? Sim ( ) Não ( )**

**Salubridade? Sim ( ) Não ( )**

**Segurança? Sim ( ) Não ( )**

**Fácil acessibilidade àqueles que têm dificuldade de locomoção?**

**Sim ( ) Não ( )**

**Dispõe de rampas para facilitar o acesso e a movimentação dos residentes, caso apresente desníveis? Sim ( ) Não ( )**

**As instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, proteção e combate a incêndio, telefonia e outras existentes, atendem às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às Normas Técnicas Brasileiras pertinentes a cada uma das instalações? Sim ( ) Não ( )**

**Para o acesso externo - estão previstas, no mínimo, duas portas de acesso, sendo uma exclusivamente de serviço? Sim ( ) Não ( )**

Os pisos externos e internos (inclusive de rampas e escadas) - são de fácil limpeza e conservação, uniformes, com ou sem juntas e com mecanismo antiderrapante?

Sim ( ) Não ( )

As rampas e escadas estão executadas conforme especificações da NBR 9050/ABNT, observando as exigências de corrimão e sinalização?

Sim ( ) Não ( )

A escada e a rampa de acesso à edificação têm no mínimo, 1,20m de largura?

Sim ( ) Não ( )

As áreas de circulações internas principais têm largura mínima de 1,00m e as secundárias possuem largura mínima de 0,80 m; contando com luz de vigília permanente? Sim ( ) Não ( )

As áreas de circulação com largura maior ou igual a 1,50 m possuem corrimão dos dois lados? Sim ( ) Não ( )

As circulações com largura menor que 1,50 m possuem corrimão em apenas um dos lados? Sim ( ) Não ( )

Caso existam elevadores, estes seguem as especificações da NBR 7192/ABNT e NBR 13.994? Sim ( ) Não ( )

Sobre as portas, estas apresentam vãos livres com largura mínima de 1,10m, com travamento simples sem o uso de trancas ou chaves? Sim ( ) Não ( )

Sobre as janelas e guarda-corpos possuem peitoris de no mínimo 1,00m?

Sim ( ) Não ( )

Sobre os dormitórios:

Os dormitórios são separados por sexos, para no máximo 4 pessoas, dotados de banheiro? Sim ( ) Não ( )

Os dormitórios de 01 pessoa possuem área mínima de 7,50 m<sup>2</sup>, incluindo área para guarda de roupas e pertences do residente? Sim ( ) Não ( )

Os dormitórios de 02 a 04 pessoas possuem área mínima de 5,50m<sup>2</sup> por cama, incluindo área para guarda de roupas e pertences dos residentes?

Sim ( ) Não ( )

São dotados de luz de vigília e campainha de alarme? Sim ( ) Não ( )

Respeita-se a distância mínima de 0,80 m entre duas camas e 0,50m entre a lateral da cama e a parede paralela? Sim ( ) Não ( )

O banheiro possui área mínima de 3,60 m<sup>2</sup>, com 1 bacia, 1 lavatório, e 1 chuveiro, não existindo qualquer desnível em forma de degrau para conter a água, nem uso de revestimentos que produzam brilhos e reflexos?

Sim ( ) Não ( )

A instituição possui sala para atividades coletivas para no máximo 15 residentes, com área mínima de 1,0 m<sup>2</sup> por pessoa? Sim ( ) Não ( )

Possui sala de convivência com área mínima de 1,3 m<sup>2</sup> por pessoa?

Sim ( ) Não ( )

Possui sala para atividades de apoio individual e sócio familiar com área mínima de 9,0 m<sup>2</sup>? Sim ( ) Não ( )

Os banheiros coletivos são separados por sexo, com no mínimo, um box para vaso sanitário que permita a transferência frontal e lateral de uma pessoa em cadeira de rodas, conforme especificações da NBR9050/ABNT?

Sim ( ) Não ( )

As portas dos compartimentos internos dos sanitários coletivos têm vãos livres de 0,20m na parte inferior? Sim ( ) Não ( )

A instituição oferece espaço ecumênico e/ou para meditação?

Sim ( ) Não ( )

Existe sala administrativa/reunião? Sim ( ) Não ( )

O Refeitório da instituição possui área mínima de 1m<sup>2</sup> por usuário, acrescido de local para guarda de lanches, de lavatório para higienização das mãos e luz de vigília? Sim ( ) Não ( )

A instituição possui áreas para:

Cozinha e despensa? Sim ( ) Não ( )

Lavanderia? Sim ( ) Não ( )

Local para guarda de roupas de uso coletivo? Sim ( ) Não ( )

Local para depósito de material de limpeza-(DML)? Sim ( ) Não ( )

Almoxarifado indiferenciado com área mínima de 10,0 m<sup>2</sup>? Sim ( ) Não ( )

Possui vestiário e banheiro para funcionários, separados por sexo?

Sim ( ) Não ( )

Banheiro com área mínima de 3,6 m<sup>2</sup>, contendo 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 10 funcionários ou fração? Sim ( ) Não ( )

Área de vestiário com área mínima de 0,5 m<sup>2</sup> por funcionário/turno?

Sim ( ) Não ( )

A instituição apresenta lixeira ou abrigo externo à edificação para armazenamento de resíduos até o momento da coleta? Sim ( ) Não ( )

A instituição oferece área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre (*solarium* com bancos, vegetação e outros)?

Sim ( ) Não ( )

## 6 PROCESSOS OPERACIONAIS

A Instituição possui Plano de Trabalho compatível com as atividades previstas e com os princípios estabelecidos no Regulamento técnico da ANVISA?

Sim ( ) Não ( )

As atividades da Instituição são planejadas em parceria e com a participação efetiva dos idosos, respeitando as demandas do grupo e aspectos sócio-culturais do idoso e da região onde estão inseridos? Sim ( ) Não ( )

A Instituição mantém registro atualizado de cada idoso, em conformidade com o estabelecido no Art. 50, inciso XV, da Lei 1.0741 de 2003? Sim ( ) Não ( )

A Instituição comunica à Secretaria Municipal de Assistência Social ou congêneres, bem como ao Ministério Público, a situação de abandono familiar do idoso ou a ausência de identificação civil? Sim ( ) Não ( )

O responsável pela instituição mantém disponível cópia da RESOLUÇÃO ANVISA/DC Nº 283, DE 26 DE SETEMBRO DE 2005 para consulta dos interessados? Sim ( ) Não ( )

## 7 SAÚDE

A instituição possui Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes em articulação com o gestor local de saúde? Sim ( ) Não ( )

Este Plano é reelaborado a cada dois anos? Sim ( ) Não ( )

O Plano de Atenção à Saúde conta com:

Recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário?

Sim ( ) Não ( )

É compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade?

Sim ( ) Não ( )

Atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção? Sim ( ) Não ( )

Mantém informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes? Sim ( ) Não ( )

A instituição avalia anualmente a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização? Sim ( ) Não ( )

A Instituição possui comprovante de vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização do Ministério da Saúde?

Sim ( ) Não ( )

O Responsável Técnico - RT da instituição se responsabiliza pelos medicamentos em uso pelos idosos, respeitados os regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e administração, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica?

Sim ( ) Não ( )

A instituição dispõe de rotinas e procedimentos escritos, referentes ao cuidado com o idoso?

Sim ( ) Não ( )

Em caso de intercorrência médica, o Responsável Técnico providencia o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no Plano de Atenção e comunica a sua família ou representante legal?

Sim ( ) Não ( )

A instituição dispõe de um serviço de remoção destinado a transportar o idoso, segundo o estabelecido no Plano de Atenção à Saúde? Sim ( ) Não ( )

## 8 ALIMENTAÇÃO

A Instituição garante aos idosos a alimentação, respeitando os aspectos culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias?

Sim ( ) Não ( )

A manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento e distribuição dos alimentos seguem o estabelecido na RDC nº. 216/2004 que dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação?

Sim ( ) Não ( )

A instituição mantém disponível norma e rotinas técnicas quanto aos seguintes procedimentos:

Limpeza e descontaminação dos alimentos? Sim ( ) Não ( )

Armazenagem de alimentos? Sim ( ) Não ( )

Preparo dos alimentos com enfoque nas boas práticas de manipulação?

Sim ( ) Não ( )

Boas práticas para prevenção e controle de vetores? Sim ( ) Não ( )

Acondicionamento dos resíduos? Sim ( ) Não ( )

## 9 LAVAGEM, PROCESSAMENTO E GUARDA DE ROUPAS

A instituição mantém disponíveis as rotinas técnicas do processamento de roupas de uso pessoal e coletivo, contemplando as seguintes tarefas:

Lavar, secar, passar e reparar as roupas? Sim ( ) Não ( )

Guarda e troca de roupas de uso coletivo? Sim ( ) Não ( )

A Instituição possibilita aos idosos independentes efetuarem todo o processamento de roupas de uso pessoal? Sim ( ) Não ( )

As roupas de uso pessoal são identificadas, visando à manutenção da individualidade e humanização? Sim ( ) Não ( )

## 10 LIMPEZA

A instituição mantém os ambientes limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade? Sim ( ) Não ( )

A instituição mantém disponíveis as rotinas quanto à limpeza e higienização de artigos e ambientes? Sim ( ) Não ( )

A equipe de saúde responsável pelos residentes notifica à vigilância epidemiológica a suspeita de doença de notificação de 21 de janeiro de 1961, Portaria Nº 1943, de 18 de outubro de 2001, suas atualizações, ou outra que venha a substituí-la?

Sim ( ) Não ( )

A instituição notifica à autoridade sanitária local, a ocorrência de queda com lesão e tentativa de suicídio? Sim ( ) Não ( )



DATA: \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO PROMOTOR DE JUSTIÇA:

(TERMO DO ANEXO II)

**TERMO DE VISITA A ENTIDADE DE ABRIGO DE LONGA PERMANENCIA  
PARA IDOSOS**

<b>PROMOTORIA DE JUSTIÇA</b>	
<b>MEMBRO DO MP - VISITANTE</b>	
<b>DATA E HORA DA VISITA</b>	
<b>DATA DA ÚLTIMA VISITA</b>	
<b>ESTABELECIMENTO VISITADO</b>	
<b>ENDEREÇO</b>	
<b>AUTORIDADE DE PLANTÃO</b>	
<b>OBSERVAÇÕES: CAPACIDADE, Nº DE IDOSOS, ESTRUTURA FÍSICA, CONDIÇÕES DE SALUBRIDADE, TRATAMENTO, CORPO TÉCNICO ETC</b>	
<b>PROVIDÊNCIAS ADOTADAS/RECOMENDAÇÕES:</b>	
<b>CONCLUSÃO:</b>	
<b>ASSINATURA DO MEMBRO DO MP</b>	<b>ASSINATURA DA AUTORIDADE DE PLANTÃO</b>