



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS (CESA)  
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

REGINA BARROS MIRANDA

**POLÍTICA DO IDOSO: CONDIÇÕES DAS BOAS PRÁTICAS DE  
FABRICAÇÃO DE ALIMENTOS EM INSTITUIÇÕES GERIÁTRICAS  
PESQUISADAS EM FORTALEZA-CEARÁ**

FORTALEZA

2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

REGINA BARROS MIRANDA

**POLÍTICA DO IDOSO: CONDIÇÕES DAS BOAS PRÁTICAS DE  
FABRICAÇÃO DE ALIMENTOS EM INSTITUIÇÕES GERIÁTRICAS  
PESQUISADAS EM FORTALEZA-CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados – CESA, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas.

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria Helena de Paula Frota

FORTALEZA  
2007

M672p Miranda, Regina Barros

Política do idoso: condições das boas práticas de fabricação de alimentos em instituições geriátricas pesquisadas em Fortaleza-Ceará / Regina Barros Miranda. Fortaleza, 2007.

144 p.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena de Paula Frota

Dissertação (Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados.

1. Idosos – alimentação. 2. Vigilância sanitária. 3. Instituições geriátricas. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados.

CDD: 301.435

REGINA BARROS MIRANDA

**POLÍTICA DO IDOSO: CONDIÇÕES DAS BOAS PRÁTICAS DE  
FABRICAÇÃO DE ALIMENTOS EM INSTITUIÇÕES GERIÁTRICAS  
PESQUISADAS EM FORTALEZA-CEARÁ**

Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas  
Universidade Estadual do Ceará

Aprovada em: 15/06/2007

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Maria Helena de Paula Frota  
Docente Universidade Estadual do Ceará  
Orientadora

---

Profa. Dra. Derlange Belizário Diniz  
Docente Universidade Estadual do Ceará  
Membro

---

Prof. Dr. João Tadeu de Andrade  
Docente Universidade Estadual do Ceará  
Membro

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus queridos e amáveis pais, Francisco Pereira Miranda e Helenauzia Maria Barros Miranda.

## **AGRADECIMENTOS**

À Universidade Estadual do Ceará, pela acolhida na realização do curso de Mestrado.

A todos os responsáveis pelas instituições geriátricas que participaram da pesquisa.

Aos Professores Dra. Maria Helena de Paula Frota e Dr. Francisco Horácio da Silva Frota pela acolhida no curso de Mestrado em Políticas Públicas.

À amiga Jacqueline Cordeiro Castelo Branco pelo apoio e incentivo.

À Dra. Valéria Cavalcanti de Aguiar pela estima, amizade e valiosa orientação durante o período do desenvolvimento da pesquisa.

Às amigas Ângela Maia, Josélia, Lucília, Germânia e Ângela Alves pelo companheirismo e a garra durante o decorrer do curso.

Aos membros da banca examinadora Dra. Maria Helena de Paula Frota, Dra. Derlange Belizário Diniz e Dr. João Tadeu de Andrade pela valiosa contribuição a esta dissertação.

## RESUMO

Este estudo teve como premissa básica a política do idoso na promoção da saúde, através da ação da vigilância sanitária dos alimentos na produção e distribuição das refeições para idosos assistidos por instituições geriátricas. O objetivo da pesquisa foi avaliar as boas práticas de fabricação dos alimentos que são oferecidos aos idosos. A metodologia aplicada consistiu na coleta de dados através da observação direta e aplicação de lista de verificação dos procedimentos utilizados na produção das refeições, extraída da resolução – RDC n.º 275, de 21 de outubro de 2002, do Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A pesquisa foi realizada nas cozinhas de oito instituições geriátricas de Fortaleza. O resultado da pesquisa mostra que falta de cumprimento às recomendações contidas na lista de verificação e em relação às condições higiênico-sanitárias. As mesmas não são satisfatórias para a produção e distribuição das refeições que são oferecidas aos idosos em instituições geriátricas. O Ministério da Saúde por meio da vigilância sanitária necessita realizar fiscalizações rigorosas, visando o cumprimento das recomendações legais vigentes. A saúde dos idosos que recebem refeições em instituições geriátricas corre risco eminente de problemas de saúde, devido à ausência de boas práticas de fabricação na distribuição das refeições.

**Palavras-chave:** Vigilância Sanitária, Alimentação do Idoso, Asilos, Idosos, Saúde no Brasil, Direito à Saúde.



## ABSTRACT

This study had as basic premise the politics of the elderly in the promotion of the health, through the action of the sanitary vigilance of foods, in the production and distribution of the meals for elderly attended by geriatric institutions. The objective of the research was to evaluate the good practical of manufacture of the foods that are offered to the elderly. The applied methodology consisted of the collection of data through the direct observation and application of a check-list of the procedures used in the production of the meals, extracted from the resolution - RDC n.º 275, of 2002 October 21, of the Health Ministry, through the National Agency of Sanitary Vigilance. The research was realized in the kitchens of eight geriatric institutions of Fortaleza. As a result, it was possible to evidence the absence of public politics directed for the inspection of the production and distribution of the meals that are offered for elderly, in the geriatric institutions. The Health Ministry by means of the sanitary monitoring needs to realize rigorous inspection, aiming at the execution of the legal recommendations. The health of the elderly that receive meals in geriatric institutions runs eminent risk, due to absence of good practical of manufacture in the distribution of the meals.

**Keywords:** Sanitary Vigilance, Elderly Alimentation, Asylums, Elderly, Health in Brazil, Right to Health.

## LISTA DE TABELAS

<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
1.	<b>Número de refeições servidas nas instituições geriátricas pesquisadas.</b>	73
2.	<b>Existência de responsável técnico nas instituições geriátricas pesquisadas.</b>	75
3.	<b>Condições das áreas externas das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	76
4.	<b>Condições das áreas internas das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	76
5.	<b>Condições dos tetos das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	77
6.	<b>Condições das portas das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	78
7.	<b>Condições das janelas das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	79
8.	<b>Condições de higienização das instalações das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	80
9.	<b>Condições de ventilação e climatização; iluminação e energia elétrica das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	81
10.	<b>Condições do piso das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	82
11.	<b>Condições das paredes e divisórias das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	83
12.	<b>Condições do manejo de resíduos das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	84
13.	<b>Condições do esgotamento sanitário das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	85
14.	<b>Condições dos hábitos higiênicos; estado de saúde dos manipuladores programa de controle de saúde dos manipuladores; lavatório na área de produção de alimentos; e abastecimento de água das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	89
15.	<b>Condições do controle integrado de vetores e pragas urbanas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	90
16.	<b>Condições do acesso às cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	90
17.	<b>Condições das instalações sanitárias para visitantes das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	91

18.	<b>Condições dos vestuários dos manipuladores das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	92
19.	<b>Condições das instalações sanitárias para manipuladores das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	93
20.	<b>Condições do <i>layout</i> das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	94
21.	<b>Condições dos equipamentos das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	95
22.	<b>Condições dos móveis das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	96
23.	<b>Condições dos utensílios das cozinhas instituições geriátricas pesquisadas.</b>	97
24.	<b>Condições da higienização dos equipamentos das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	98
25.	<b>Programa de capacitação dos manipuladores das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	99
26.	<b>Condições da matéria-prima, ingredientes e embalagens dos produtos das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	100
27.	<b>Condições do fluxo de produção da refeição das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas.</b>	101

# SUMÁRIO

	Página
LISTA DE TABELAS.....	08
1. Introdução.....	11
2. Revisão de literatura.....	17
2.1. Política de saúde.....	17
2.1.1. Saúde no Brasil.....	17
2.1.2. Reforma sanitária no Brasil – relação saúde x doença.....	21
2.1.3. O direito à saúde.....	24
2.2. Nutrição e alimentação.....	29
2.2.1. Direito humano à alimentação adequada.....	29
2.2.2. Má alimentação como promoção de doenças.....	32
2.2.3. Alimentação do idoso.....	34
2.3. Idoso e sociedade.....	40
2.3.1. Política do idoso no Brasil.....	40
2.3.2. A saúde do idoso.....	44
2.3.3. Envelhecimento.....	47
2.3.4. Ressocialização do idoso.....	51
2.4. Vigilância sanitária na produção de alimentos.....	55
2.4.1. O serviço de alimentação e nutrição.....	55
2.4.2. Doenças transmitidas por alimentos.....	58
2.4.3. A vigilância sanitária na produção de alimentos.....	62
3. Metodologia.....	68
4. Resultados e discussão.....	73
5. Conclusão.....	103
6. Considerações finais.....	109
7. Referências bibliográficas.....	111
Anexos.....	122

## 1. INTRODUÇÃO

Sempre foi dito que o Brasil é um país jovem. No entanto, este é um título que, aos poucos, está deixando de ser aplicável. Isso porque, há vários anos, o “país” está envelhecendo. Este fenômeno está ocorrendo devido a diversas mudanças sócio-econômicas e culturais que estão proporcionando uma melhoria na qualidade de vida, como por exemplo, aumentando a expectativa de vida dos brasileiros e, ao mesmo tempo, fazendo com que as pessoas não formem mais as famílias tradicionais com muitos filhos (BURINI, 2000).

O referido fenômeno é denominado de transição demográfica<sup>1</sup>, e se caracteriza pela passagem de uma situação de alta mortalidade e mais alta natalidade, com uma população predominantemente jovem e em expansão, para uma de baixa mortalidade e, gradualmente, baixa natalidade (CAMPOS, 2000).

Essa queda na natalidade iniciou-se na década de 60, e vem intensificando-se com o passar dos anos. Ao mesmo tempo, mudanças, como o aumento das áreas com saneamento básico e da cobertura vacinal, estão permitindo que o brasileiro tenha mais tempo de vida. Em 1950, a expectativa de vida no Brasil era de apenas 43,2 anos, em 2000, ela já havia saltado para 68,5 anos (BARRETO, 2003).

Atualmente está acontecendo uma verdadeira explosão do número de idosos. A faixa etária de 60 anos ou mais é a que mais cresce em termos proporcionais. Segundo a Organização Mundial de Saúde, entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá 16 vezes contra 5 vezes da população total, o que colocará o Brasil,

---

<sup>1</sup> Transição demográfica - É um processo de diminuição de taxas de mortalidade e natalidade.

em termos absolutos, como a sexta população de idosos do mundo, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (BURINI, 2000).

No Brasil, entretanto, a expansão da população idosa, após os anos 50, não foi provocada pelas conquistas médicas e farmacológicas recebidas dos países economicamente mais avançados. Portanto, mais do que a diminuição da mortalidade, a explicação, segundo indica o Ministério da Saúde, quando relata a saúde do idoso (2002), está na redução das taxas de fecundidade, principalmente nos centros urbanos.

Estas mudanças significativas na composição populacional começam a acarretar uma série de conseqüências sociais, culturais e epidemiológicas, as quais, a sociedade brasileira não está preparada para enfrentar (HARRIS, 2002; VERAS, 2002).

Lidar com o envelhecimento populacional será, sem dúvida, uma das tarefas mais árduas a serem enfrentadas pela sociedade, e talvez, um dos seus maiores desafios no próximo milênio, avalia Harris (2002).

A idade representa um amadurecimento da vida. Inúmeros fatores interferem no processo de envelhecimento, e também, no aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis. Podem-se destacar os fatores que mais interferem no processo de envelhecimento como sendo: os de natureza genética, que não são passíveis de intervenção, e os de natureza ambiental, sobre os quais pode-se agir. Vale destaque, como fator de natureza ambiental, a alimentação, que exerce papel fundamental na promoção, na manutenção e na recuperação da saúde, desde que seja nutricionalmente adequada (MARUCCI, 1998).

O aumento da perspectiva no tempo de vida vem proporcionando o surgimento de novas formas de cuidados para com as pessoas idosas, e ampliando a adoção de medidas preventivas eficazes na redução ou no retardo de distúrbios

orgânicos advindos das enfermidades crônicas e degenerativas (FRANK e SOARES, 2002).

Marucci (1998) descreve que o processo de envelhecimento tem sido tema de estudo e interesse de muitos pesquisadores. Isto porque muitos querem identificar os fatores que levam a um envelhecimento sadio. Além disso, existe também uma grande simpatia dos estudiosos em Nutrição para associar as práticas dietéticas com a redução ou retardo das mudanças e doenças que surgem com o envelhecimento, já que a boa nutrição está ligada ao aumento da qualidade e expectativa de vida das pessoas.

Diante dos relatos acima, nos deparamos com a seguinte indagação: se as pessoas estão envelhecendo, quais as políticas que estão sendo preparadas para receber esta população?

Além da questão da saúde, o envelhecimento populacional tem grandes implicações na área política e social, afetando profundamente a vida dos brasileiros, tanto na perspectiva individual como familiar (HARRIS, 2002).

Frente ao Estado e à sociedade, o idoso se tornou ator no cenário político e social, e o envelhecimento começa a ser amplamente discutido pela sociedade, redefinindo-se imagens estereotipadas, nas quais a velhice aparece associada à solidão, dependência, doenças, perdas e limitações (HARRIS, 2002; LIMA, 1998). Um exemplo dessa nova visão é o número e a variedade de iniciativas voltadas para as pessoas idosas. Assim, têm-se grupos organizados de pessoas de idade avançada estudando, praticando esportes, ginástica, dançando, se divertindo, e demonstrando uma vitalidade e alegria normalmente identificadas, apenas, com a juventude.

Outras políticas públicas ou programas governamentais têm surgido como forma de ressocialização do idoso, com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos mesmos, através de encontros semanais, onde são desenvolvidos trabalhos de grupos, palestras, oficinas, com vista a ocupar de maneira prazerosa o tempo livre dos idosos. Dentre estas ações, incluem-se os centros de convivência<sup>2</sup> e os clubes de terceira idade<sup>3</sup> (AGUIAR, 2005).

A lei, aprovada em 1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso, tem como uma de suas principais características, o reconhecimento da autonomia do idoso e do seu papel social e político (LIMA, 1998).

Para os idosos que não têm família, os asilos se tornam um mal necessário. Relatos mostram que não há investimento público em arranjos domiciliares para idosos, e em apoio e instrumentalização da família, para que a mesma desempenhe o papel protetor para quem dela necessite. Aliado a este fato é correto se dizer que muitas famílias pobres e em situação de vulnerabilidade social não possuem meios que garantam abrigo e condições mínimas de sobrevivência, principalmente para os idosos (NERI, 2003).

Em todos os programas desenvolvidos para os idosos, existe a promoção da saúde nutricional, na qual é oferecida alimentação para todos os participantes (MARUCCI, 1998). Diante deste contexto, a produção da alimentação para idoso é de suma importância, pois está relacionada a uma população vulnerável a doenças, estando susceptível a ter com maior intensidade problemas de saúde. Segundo o

---

<sup>2</sup> Centros de convivência – São Instituições públicas criadas para a promoção da ressocialização da pessoa idosa.

<sup>3</sup> Clubes de terceira idade – Entidades privadas criadas com o objetivo de promover o desenvolvimento da pessoa idoso.



Ministério da Saúde, Lei 9.782, de 26 de janeiro de 1999, a vigilância sanitária assume o papel de fiscalização em um dos aspectos de maior importância na área de alimentos. Estando sua atuação voltada para a fiscalização da produção, manipulação e consumo alimentar, com o objetivo principal de diminuir ou abolir a transmissão de doenças por alimentos de má qualidade ou de origem duvidosa (BRASIL, 1999).

Para monitorização da qualidade de produtos e serviços, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, visa reorganizar as práticas e promover a estruturação dos serviços de alimentação, ações imprescindíveis para a saúde comunitária.

Por meio da inspeção sanitária<sup>4</sup> é observada uma prática sistemática, orientada por conhecimento técnico-científico, destinada a examinar as condições sanitárias dos estabelecimentos, processos, produtos, meios de transportes e ambientes, conforme requisitos exigidos pela legislação sanitária (ROUQUAYROL e FILHO, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reforça a necessidade da produção e distribuição adequada dos alimentos, e descreve alguns fatores que, freqüentemente, causam alta proporção de enfermidades de origem alimentar<sup>5</sup>, dentre eles, se destacam: preparação dos alimentos com antecedência ao seu consumo; alimentos preparados mantidos fora do controle de temperatura; cocção<sup>6</sup> insuficiente; contaminação cruzada<sup>7</sup>; e manipulação de alimentos por pessoas infectadas (SILVA JR., 2001).

---

<sup>4</sup> Inspeção sanitária – Vistoria realizada por um técnico da Agência de Vigilância Sanitária.

<sup>5</sup> Enfermidades de origem alimentar – Doenças causadas pelo consumo de alimentos contaminados.

<sup>6</sup> Cocção - são técnicas utilizadas na preparação de alimentos cruz sob a ação de calor.

<sup>7</sup> Contaminação cruzada - transferência de microorganismos de um local para o outro através de meios comuns entre o contaminante o e contaminado.

Diante do exposto, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar as boas práticas de fabricação dos alimentos de instituições geriátricas em Fortaleza/Ceará. O trabalho de pesquisa foi desenvolvido com a aplicação de uma lista de verificação dos procedimentos utilizados na produção das refeições, como forma de assegurar a aplicação das Boas Práticas de Fabricação (BPF) dos alimentos.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1. POLÍTICA DE SAÚDE**

#### **2.1.1. Saúde no Brasil**

A saúde sempre foi considerada essencial à dignidade humana. Desde muito tempo, os povos babilônicos e os hindus criaram normas morais e religiosas – escritas em códigos de Humurabi e de Ler Namu, respectivamente – sobre a conduta dos profissionais que mantinham relações com as doenças (DIAS, 2002).

A história das civilizações foi acompanhada pela busca incessante dos povos pela saúde, das ações voltadas para o controle do exercício da medicina, além da preocupação com o meio ambiente, medicamentos, alimentos que acompanham esse processo desde a antiguidade (ROZENFELD, 2000).

No século XVI a.C., o homem já desenvolvia técnica de preparo de drogas, com demarcação de limite para o uso do medicamento. Em 300 a.C., na Índia, criou-se uma lei que proibiu a falsificação de alimentos, perfumes e medicamentos. No limite entre a antiguidade Clássica e a Idade Média, muitas ações foram desenvolvidas para a promoção da saúde, tais como: saneamento do meio ambiente (controle de água e esgoto, limpeza das ruas e dos mercados), normalização dos profissionais de saúde, determinação de observância de cuidados para medicamentos, boticas e alimentos. Em

1348, em Veneza, foram estabelecidas normas para a fiscalização nos portos para o controle da entrada de epidemias (pestes) nas cidades, com as inspeções das cargas das embarcações, expondo os passageiros sob regime de quarentena. Desde os primórdios, os problemas relacionados à saúde da população foram de responsabilidade do poder público, cabendo-lhe a solução dos mesmos (DIAS, 2002).

A ascensão de uma nova classe social, a partir do século XVI, chamada burguesia, bem como, o aparecimento de um novo conhecimento de riqueza - a mercantil, onde predomina o comércio de mercadoria e dinheiro, foram os cenários onde se formou o estado moderno, e surgiram os conceitos de Estado, Governo, Nação e Povo. Dava-se início à história contemporânea. Leia-se o primeiro sistema estatal internacional moderno, oriundo do absolutismo que dominava a filosofia política. O regime passou a ser o monarquismo e o trabalho era considerado como a principal fonte de riqueza (ROSEU, 1994).

Com o crescimento da população do país, começou-se a perceber que era importante a preservação da saúde do povo como fonte geradora de riqueza, a qual deveria ser cuidada, protegida e controlada. Assim surgem, no século XVIII, as estatísticas populacionais e o conceito de Polícia Médica<sup>8</sup>, termo usado no ramo da administração da saúde pública, no século XVII (ROSENFELD, 2000).

---

<sup>8</sup> Polícia Médica - foi utilizado pela primeira vez na Alemanha, em 1764, por Wolfong Thomas Rau, em seu livro "Reflexões sobre a utilidade e a necessidade de um regulamento de polícia médica para um Estado". O programa da polícia médica, iniciado no final do século XVIII, consistia nos seguintes pontos: registrar os diferentes fenômenos epidêmicos ou endêmicos, obtendo os dados através da observação da morbidade, pela contabilidade solicitada aos hospitais e aos médicos que exercem a medicina nas diferentes regiões da Alemanha; normalizar o ensino através de um controle pelo Estado dos programas de ensino e da atribuição dos diplomas; criação de um departamento especializado para coletar informações transmitidas pelos médicos, e para controlar a atividade dos profissionais da saúde junto à população; e, finalmente, a criação de um corpo de funcionários médicos competentes.

O conhecimento de Polícia Médica se disseminou por toda a Europa, orientando as propostas de intervenção sobre os problemas de saúde e saneamento do meio, na obra do escritor Peter Frank. Neste manual orientador, os problemas foram posicionados num sistema de higiene pública e privada, sendo o Estado, responsável pela regulamentação das profissões, do parto, da pureza da água e dos alimentos, da higiene do meio, da responsabilidade por acidentes, etc. (ROSEU, 1994).

No início do século XIX, com a nova configuração política e econômica - Estado Liberal - o significado de Polícia Médica se torna ultrapassado, permanecendo as informações de sistematização das atividades administrativas e de fiscalização do cumprimento das normas sanitárias (ROSENFELD, 2000).

No Estado Moderno, ampliou-se o campo de regulamentação, com a intensificação da industrialização, através do desenvolvimento da ciência e da tecnologia, das forças produtivas e a evolução da luta de classes. A criação dos institutos de pesquisas e laboratórios de saúde pública serviu de alicerce para a ampliação das práticas sanitárias no Brasil (ROSEU, 1980).

O episódio da Talidomida, na década de 60, que resultou no nascimento de milhares de bebês com deformidades dos membros foi um marco da regulamentação sanitária em todo o mundo. Após o episódio, foram criados vários órgãos nacionais de controle, e se publicou forte legislação com o objetivo de garantir a segurança na produção de produtos (ROSEU, 1994).

Após a Segunda Guerra Mundial, constitui-se a Organização Mundial da Saúde (OMS), quando se proclamou a saúde como um dos direitos humanos fundamentais, tendo sido essa organização, o grande estimulador para o aperfeiçoamento da legislação sanitária (DIAS, 2002).

No Brasil dos dias atuais, o Ministério da Saúde (2002), por meio do programa saúde do idoso, reconhece o impacto do envelhecimento populacional brasileiro no setor da saúde, principalmente no sistema hospitalar. Trata-se de encontrar meios e instrumentos para gerir de forma eficaz, efetiva e eqüitativa um conjunto de problemas de saúde de uma população crescente de idosos, num contexto de recursos humanos e materiais limitados, avalia Veras (2002). As análises do autor indicam que o problema não está só na doença em estado avançado, mas também na falta de um programa de prevenção e da avaliação do custo que os tratamentos referentes a essa faixa etária representam.

Dias (2002) descreve que, vale ressaltar dois importantes avanços, o primeiro foi a instituição, pela Constituição Federal em 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS) que foi criado com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibida cobrança de dinheiro sob qualquer pretexto. E o segundo, foi a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), que é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

A prioridade das políticas públicas, deveria ser com a qualidade de vida e com o bem-estar coletivo. Uma vez que os avanços médicos estão permitindo que uma proporção crescente de idosos sobreviva até a categoria de velhice avançada, é importante assegurar que o aumento da sobrevivência seja igualado por um aumento na qualidade de vida, observa Snowman (1993).

## 2.1.2. Reforma Sanitária no Brasil – Relação Saúde x Doença

Os relatos de Roseu (1994) e Sigerist (1974) falam da trajetória humana desde a antigüidade, dos homens organizados em sociedade, sob os mais diversos modos de produção da vida social, e sobre como aqueles vêm tentando exercer controle sobre o poder médico, o meio ambiente, os alimentos e os fármacos.

Na vida em sociedade surgem problemas que impõem as coletividades a realizarem atividades ligadas à saúde pública, mesmo sem o conhecimento claro do direito à saúde (DALLARI, 1995). A normalização no campo da saúde é historicamente antiga – o código de Hamurabi, o código de Manu e o Antigo Testamento, todos apresentam normas sobre a saúde, com penalidade para o não cumprimento (SWINARSKIE, 1988).

Segundo Sigerist (1974), as antigas civilizações mantinham o controle do exercício da medicina. As organizações sociais, tentando proteger-se de eventuais abusos, buscaram estabelecer normas reguladoras de conduta médica, evitando assim que o grande poder que o médico detinha pudesse trazer malefícios à sociedade.

No Brasil, a vigilância sanitária<sup>9</sup>, aparece como política sanitária nos séculos XVIII e XIX. Os riscos de transmissão de doenças advindas de produtos alimentares produzidos por má qualidade higiênico-sanitária, vêm se tornando, a cada dia, um problema de saúde pública, gerando, assim, a necessidade de intervenção do poder público na saúde. A falta de controle sanitário nos produtos alimentares oferecidos à

---

<sup>9</sup> Vigilância sanitária – Instituição pública criada para promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços.

população pode se constituir num perigo, pois os mesmos podem causar doenças gastrointestinais, como toxinfecções alimentares agudas ou crônicas (EVANGELISTA, 1989).

A Constituição Brasileira de 1988, no seu art. 196, prescreve que o direito à saúde é garantido mediante o desenvolvimento de políticas públicas sociais e econômicas, cujo objetivo primordial é reduzir o risco à doença e outros agravos e garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Existem normas legais e regulamentadas que instituem a instalação e o funcionamento de serviços de saúde. Estas leis estabelecem regras gerais sobre a constituição, instalação e funcionamento, bem com as normas técnicas de trabalho e organização, recursos humanos necessários para o pleno desenvolvimento das atividades. No Brasil, o funcionamento dos serviços de saúde é regulamentado pela portaria ministerial nº. 884 de 1994 que aprova as normas destinadas ao exame e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a serem observadas em todo o território nacional, na área pública ou privada, compreendendo: as construções novas de estabelecimentos assistenciais de saúde em todo o país; as áreas a serem ampliadas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes, as reformas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes (DIAS, 2002).

A lei nº. 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e que institui o SUS, estabelece a necessidade da melhoria da qualidade de vida, decorrente da utilização de bens, serviços e ambientes oferecidos à população na área de alimentos através de novos ordenamentos que regulam, no



âmbito da saúde, as relações entre agentes econômicos e qualidade daqueles recursos e o seu consumo ou utilização (BRASIL, 1990).

Do ponto de vista sanitário, com relação às construções, reformas, ampliações, instalações e funcionamento de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ANVISA institui a resolução nº. 50 de 21 de fevereiro de 2002, a qual aprova regulamento técnico que dispõe sobre o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado, em todo o território nacional, na área pública e privada (BRASIL, 2002).

Em se tratando de legislação para funcionamento de instituições destinadas ao atendimento do idoso, o Ministério da Saúde, considerando o aumento da população de idosos no Brasil; a associação do processo de envelhecimento com condições sociais e sanitárias que demandam atendimento específico, e a necessidade de estabelecimento de normas para que o atendimento ao idoso em instituições seja realizado dentro dos padrões técnicos, resolve instituir a portaria nº. 810 de 22 de setembro 1989, que aprova as normas para funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos (BRASIL, 1989).

No tocante às diretrizes e princípios para a inspeção sanitária, preconizando a adoção de métodos de boas práticas de produção e comercialização de alimentos e afins, o Ministério da Saúde institui a portaria nº 1.428 de 1993, que considera que a prática das fiscalizações sanitárias de alimentos, base das ações de Vigilância Sanitária de Alimentos, inserida nas ações de saúde, deve: integrar as ações de vigilância sanitária, e as avaliações de riscos epidemiológicos dentro das prioridades locais, seguindo as determinações do sistema único de saúde; utilizar a inspeção como

instrumento de fiscalização sanitária, abrangendo o conjunto das etapas que compõem a cadeia alimentar, incluindo suas inter-relações com o meio ambiente, o homem e seu contexto sócio-econômico; objetivar a proteção e defesa da saúde do consumidor, em caráter preventivo, através da prática das inspeções sanitárias, como forma de assegurar as diretrizes estabelecidas (BRASIL, 1993).

O Ministério da Saúde, através da ANVISA, instituiu a resolução – RDC nº. 275, de 2002, que dispõe sobre o regulamento técnico de procedimentos operacionais padronizados aplicados aos estabelecimentos produtores/industrializadores de alimentos e a lista de verificação das boas práticas de fabricação em estabelecimentos produtores/industrializadores de alimentos (BRASIL, 2002).

Desta forma, a política de saúde inicia no direito, findando no processo de fiscalização, garantindo assim a saúde advinda da segurança alimentar da população.

### **2.1.3. O Direito à Saúde**

O Dr. Halfdan Mahla, no Foro Mundial de La Salud, em 1981, caracterizou saúde para todos como sendo:

A saúde há de ser colocada ao alcance de cada indivíduo em um país determinado; a saúde é um estado de bem estar social, que vai além dos serviços sanitários, pois deve oferecer condições para que a pessoa tenha uma vida social e economicamente produtiva. A saúde para todos ultrapassa os obstáculos da saúde (desnutrição, ignorância, água não-potável e habitação

não-higiênica), indo além dos problemas da existência de médicos, leitos hospitalares e medicamentos (DIAS, 2002, p.29).

A saúde para todos se situa em um patamar que vai além da compreensão da saúde para o indivíduo, pois se associa ao desenvolvimento da assistência médica e da saúde pública. Assim sendo, um conceito amplo abrange a intersectorialidade de trabalhos na agricultura, na indústria, no ensino, nas habitações, envolvendo a medicina e a saúde pública. Oferecer tratamentos médicos à população, sem associar os problemas gerais de saúde pública, é desperdício de serviços públicos e prestação para a população assistida (CONFORTO, 1998).

No campo da ciência jurídica, o direito à saúde<sup>10</sup> está contido dentro da noção de direito subjetivo. A situação se relaciona com a prestação de serviços públicos, que por sua vez, caracteriza a existência de uma necessidade pública. Neste contexto, a saúde se situa como elemento fundamental do serviço público, pois a existência da necessidade, elevada ao caráter de pública, é satisfeita como função obrigatória do Estado. E sendo a população a riqueza potencial de um Estado, a preservação da saúde está inserida como uma necessidade pública. É fato afirmar que a vida humana é um bem juridicamente protegido pelo Estado; para tanto, a saúde da população deveria ser matéria de tutela estatal como direito subjetivo (DIAS, 2002).

No Brasil, a Constituição Federal garante direito à vida, mas não à saúde de maneira clara, pois requer ampla visão dos legisladores para avaliar as proposições e reflexos do mundo jurídico na interpretação do direito à saúde como consequência do

---

<sup>10</sup> Direito à saúde - é um direito fundamental do cidadão que tem aplicação imediata, isto é, pode e deve ser cobrado. . A saúde é um direito de todos por que sem ela não há condições de uma vida digna, e é um dever do Estado por que é financiada pelos impostos que são pagos pela população. É parte de um conjunto de direitos chamados de direitos sociais, que têm como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas.

direito à vida. É necessário o conhecimento das pessoas para que sejam assegurados os direitos subjetivos aos serviços de saúde oferecidos pelo Estado, com descrições claras e objetivas, de tal forma a não haver dúvidas que o direito repele (DALLARI, 1995).

De acordo com Dias (2002), são encontrados dois tipos de necessidade de saúde, a individual e a coletiva. A proteção à saúde situa-se como um grande agregado social, onde as necessidades coletivas somente poderão ser atendidas pelo Estado, por ser dotado de poderes adequados com capacidade de ação muito mais ampla e poder satisfazer muitas necessidades dos agregados sociais, sob pena de ficar exposto a graves riscos de padecimentos. Os serviços públicos satisfazem as necessidades coletivas, que no cotidiano se traduzem em prestações de utilidades materiais e imateriais. O Estado tem como objetivo primordial a satisfação da saúde coletiva, proporcionando serviços de qualidade em quantidade que satisfaçam à população.

Inserido no direito público, o direito à saúde tem destaque pela sua natureza e importância às normas de direito sanitário, por se tratar de uma política de Estado, em busca da melhoria da saúde coletiva, intervindo sobre bens e serviços relacionados ao completo bem estar da população (DALARI, 1995).

A Constituição Federal de 1988, nos termos do art. 196, define a saúde como direito: a saúde é concebida como direito de todos e dever do Estado, e que deve ser garantida, mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos (BRASIL, 1988).

A OMS, em sua constituição, define a saúde como não apenas a ausência de doenças, mas um completo bem estar físico, mental e social (OMS, 1999).

O direito à saúde perpassa o limite máximo da existência humana, uma vez que se refere à própria vida do ser humano, tendo como princípios, a universalidade e a igualdade de acesso às ações e aos serviços que promovam, protejam e recuperem a saúde. O controle, a fiscalização e a regulamentação das ações e dos serviços de saúde têm caráter de relevância pública e de responsabilidade do poder público (DIAS, 2002).

A saúde é um bem jurídico que é protegido pelo direito, pois busca responder à questão: é um bem humano ou a vida social que se procura preservar, onde a busca da qualidade de vida depende da interpretação das normas contempladas pelo direito (COSTA, 2004).

Cabe ao Estado, através dos serviços públicos, tornar-se mais eficiente na defesa dos direitos coletivos de saúde, exercendo seu papel com agilidade, eficiência no intuito de atender a toda demanda da população com qualidade e de maneira integral (DIAS, 2002).

A saúde pode ser definida como um direito fundamental e inigualável, que gera para o Estado, os cidadãos e a coletividade, obrigações e participação, tudo isto garantido em nossa constituição federal de 1988 (BRASIL, 1988).

A Declaração Universal dos Direitos do Homem, aprovada em 1948, pela Assembléia Geral das Nações Unidas, no seu artigo XXV, enuncia os direitos e as garantias dos cidadãos em matéria de saúde, assim transcrita:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de

perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ONU, 2007).

No decorrer do século XX, sentiu-se a necessidade do aprofundamento das formas de convivência e de colaboração entre mercado e justiça social, ou ainda, entre desenvolvimento econômico e política distributiva e da justiça social, quando ocorreu assim o surgimento do chamado estado de bem estar social, com a extensão dos direitos e prerrogativas sociais, a criação do sistema de proteção pelo sistema previdenciário e a multiplicação dos serviços assistenciais (ELIAS, 1993).

O Brasil definiu-se, em 1988, como um Estado Democrático de Direito, adotou o princípio básico chamado Estado do Direito para desvincular a administração pública das estritas previsões legais. A lei define os princípios e os grandes objetivos a serem atingidos pelo Estado, e o poder executivo por meio de normas administrativas – disciplina os comportamentos para a consecução das metas. A constituição federal reconhece que o direito à saúde deve ser garantido e criou mecanismos de participação da administração pública, instituindo órgãos populares, como o sistema de saúde. Especialmente em relação à saúde, as conferências de saúde são instâncias colegiadas, com representação de vários segmentos sociais, para avaliar e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. O Conselho de Saúde é o outro mecanismo previsto para assegurar o cumprimento constitucional (BRASIL, 1988).

Com o Estado Democrático de Direito, foram elaboradas as leis que regulam, fiscalizam e controlam as ações dos serviços de saúde, conforme o mandamento constitucional. São as leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a 8.142, de 28 de

dezembro de 1990, conhecidas em conjunto como Lei Orgânica da Saúde. O SUS – é assim definido “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo poder público” (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007). A Lei Orgânica de Saúde (LOS) – é um conjunto destas duas leis editadas para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar a proteção e a defesa de saúde (DALLARI, 1995).

## **2.2. NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO**

### **2.2.1. Direito Humano à Alimentação Adequada**

A alimentação adequada é um direito básico, reconhecido em todas as convenções internacionais de segurança alimentar e nutricional (VALENTE, 2002).

O quadro de insegurança alimentar<sup>11</sup> observado é um dos resultados da grave desigualdade social que prevalece no país, e atesta que a produção e a disponibilidade de alimentos não garantem o acesso e o consumo por toda a população (PELIANO, 2002).

---

<sup>11</sup> Insegurança Alimentar - consiste na não realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

Com a promulgação da Lei nº. 11.346, Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), pelo Presidente da República, no dia 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), ficam garantidos os dois princípios que são: o direito humano à alimentação e a soberania alimentar para o povo brasileiro. A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2007).

O direito à alimentação é parte dos direitos fundamentais da humanidade, que foram definidos por um pacto mundial, do qual o Brasil é signatário. Esse direito refere-se a um conjunto de condições necessárias e essenciais para que todos os seres humanos, de forma igualitária, e sem nenhum tipo de discriminação, existam, desenvolvam suas capacidades e participem plenamente e dignamente da vida da sociedade (VALENTE, 2002).

O ato de alimentar-se é uma satisfação para as nossas necessidades nutricionais; neste momento, são refeitos, construídos e potencializados os seres humanos, nas suas dimensões orgânicas, intelectuais, psicológicas e espirituais. É comum a ocorrência de muitos rituais religiosos envolvendo atos de preparo e comunhão de alimentos (PELIANO, 2002).

É sabido que grande parte da população fica doente pela ingestão de alimentos deteriorados ou contaminados, que foram armazenados ou preparados de



forma inadequada. Com a ingestão de alimentos contaminados<sup>12</sup>, o grupo de crianças e idosos pode chegar até a morte. O direito humano à alimentação garante o consumo de alimentos seguros, seja em casa, na rua, na escola, no trabalho, ou em restaurantes e bares, instituições, além das informações necessárias, para que as pessoas possam ter práticas alimentares e estilo de vida que promovam à saúde e à nutrição (SILVA JUNIOR, 2001).

O Brasil progrediu bastante na integração do movimento de direitos humanos e de segurança alimentar e nutricional. A prova mais concreta é a Política Nacional de Alimentação e Nutrição que apresenta a Segurança Alimentar e Nutricional dentro de um quadro de referências de direitos humanos. Indicadores sociais apontam para uma significativa melhoria do desenvolvimento, mas há também indicadores que mostram graves problemas sócio-econômicos para segmentos importantes da sociedade. Estima-se que aproximadamente 30 milhões de pessoas (cerca de 20% da população) não têm renda suficiente para obter acesso adequado à alimentação, isto é, o seu direito à alimentação está sendo consistentemente isolado. A política nacional de alimentação e nutrição precisa ser transformada em planos, programas e projetos concretos (VALENTE, 2002).

A discussão sobre o tema da alimentação deve incorporar questões sobre a produção de alimentos, quantidade, prescrição nutricional, qualidade; acesso físico e econômico aos alimentos e à água; modos de preparo; informações sobre balanceamento nutricional recomendável da dieta, riscos e benefícios potenciais à

---

<sup>12</sup> Alimentos contaminados – Alimentos portadores de microorganismos causadores de doenças. Para o controle do consumo de alimentos são se tornam necessário à utilização de programas de controle de qualidade microbiológicos cada vez mais sistemáticos e eficazes e à existência de processos, cada vez mais seguros, do ponto de vista de saúde pública, utilizados durante o processamento, transporte, armazenamento e distribuição dos alimentos.

saúde de diferentes alimentos, como gorduras saturadas, carnes vermelhas, alimentos transgênicos (PELIANO, 2002).

### **2.2.2. Má Alimentação como Promoção de Doenças**

É sabido que a alimentação está diretamente relacionada à saúde. O desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis, com dieta nutricionalmente equilibrada, desempenha papel na melhoria da *performance* mental e física, retarda o processo de envelhecimento, auxilia na perda de peso, aumenta a resistência às doenças (melhora o sistema imunológico), entre outros (ANDRADE *et al.*, 1995).

Os serviços de alimentação e nutrição devem fornecer refeições nutricionalmente adequadas para os seus usuários, visando o bem-estar dos mesmos e, conseqüentemente, o aumento da produtividade. Para realizar o planejamento da alimentação de grupos populacionais, é necessário conhecer o perfil da clientela (sexo, faixa etária, nível de atividade física, patologias) e o seu estado nutricional. Na ausência dessas informações, esse planejamento acaba sendo realizado com base em estimativas do perfil da clientela, onde se leva em conta o grupo populacional que mais freqüenta aquele ambiente. Este fato dificulta a avaliação nutricional das refeições servidas (FAUSTO *et al.*, 2001).

Segundo Benedicto (1997), a alimentação é classificada em normal ou especial, dependendo do estado nutricional do indivíduo. A primeira se destina às

peessoas que detêm boa saúde, necessitando, porém, de uma alimentação balanceada, com todos os nutrientes necessários para manutenção do seu estado geral. A segunda é produzida seguindo os mesmos moldes da normal, no entanto, sofre modificações nas suas características organolépticas<sup>13</sup>, físicas e químicas, para poder atender às necessidades do indivíduo em relação às restrições alimentares ocasionadas pela patologia existente.

A alimentação variada refere-se à seleção de alimentos dos diferentes grupos de alimentos, tendo-se em conta a renda familiar e a disponibilidade de alimentos locais. Nenhum alimento é completo, ou seja, não possui todos os nutrientes em quantidade suficiente para atender às necessidades do organismo. Mediante uma alimentação variada, em quantidade adequada, pode-se obter uma dieta equilibrada, fornecendo ao organismo os nutrientes necessários para atender às suas necessidades (CUPPARI, 2002).

As bases para uma alimentação adequada são sempre as mesmas, porém, cada fase da vida merece cuidados especiais. Assim, a alimentação na terceira idade pode não diferir muito da alimentação de um adulto, devendo ser direcionada em função de alterações que ocorrem no organismo, bem como de mudanças no estilo de vida (BENEDICTO, 1997).

Geralmente, a existência de doenças reduz o apetite e aumenta as necessidades alimentares. Sendo comum no idoso, a coexistência de várias doenças. A maior suscetibilidade às doenças também leva o idoso a ser vítima do uso de múltiplos medicamentos, os quais influenciam a ingestão de alimentos, a digestão, a absorção e

---

<sup>13</sup> Características organolépticas - são as propriedades que podem ser percebidas pelos sentidos, como as cores, o sabor, a texturas, e o odor.

a utilização de diversos nutrientes, o que pode comprometer o estado de saúde e o requerimento alimentar (MAHAN *et al.*, 2002).

Embora o aparecimento de doenças não seja uma consequência natural do envelhecimento, é muito comum que os idosos apresentem doenças crônicas (muitas vezes combinadas umas às outras, o que torna o quadro ainda mais complexo). Nesse caso, o ideal seria que houvesse um acompanhamento constante do idoso, de caráter preventivo, para se evitar as complicações, em geral mais graves, dessas doenças (FRANK e SOARES, 2002).

Esse comportamento tem um alto custo para a sociedade, já que os idosos ficam, normalmente, mais tempo internados. Isso encarece o tratamento e dificulta o atendimento a outras pessoas, pois eles ocupam um leito por longo período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O resultado dessa falta de atenção pode ser facilmente observado em hospitais e postos de saúde. O paciente idoso, por se sentir ignorado, procura atendimento normalmente no pronto socorro, quando as consequências de sua doença (que originalmente não deveria ser tratada em sistema de urgência) se manifestam na forma de sintomas que o obrigam a procurar auxílio médico.

### **2.2.3. Alimentação do Idoso**

O cuidado com a saúde deve ser respeitado nas diferentes etapas da vida, com ênfase nas necessidades nutricionais, para a manutenção da saúde, principalmente em algumas situações especiais que requerem um maior esforço

muscular, como na sobrecarga profissional ou trabalho excessivo, na intensidade da atividade física e, especialmente, nas várias mudanças a que o organismo é submetido, dentre elas, o envelhecimento. Para se garantir uma boa saúde, se torna necessário que a alimentação seja coerente a todos estes fatores, pois tudo que for realizado neste sentido garantirá melhores anos de vida (CARVALHO FILHO, 2000).

O hábito alimentar do indivíduo é estabelecido através de uma dieta, onde são corrigidas as falhas e melhoradas as escolhas dentro do que é possível, levando em conta as variações individuais como sexo, idade, atividade física, estado metabólico, preferências, aversões e condições socioeconômicas (AGUIAR, 2005).

Uma alimentação equilibrada, que promova benefícios para a manutenção da saúde, é fundamental para que os seres vivos mantenham a sua qualidade de vida. É por isso que a alimentação permite aos seres vivos transformar alimentos e nutrientes do meio exterior em constituintes de seu próprio organismo. Para que o processo aconteça de forma satisfatória, se faz necessário que o homem disponha de alimentos específicos e variados em quantidades suficientes e adequadas (CUPPARI, 2002).

Alimento é todo material que o organismo recebe para satisfazer suas necessidades de manutenção, crescimento, trabalho e restauração dos tecidos. A alimentação representa o processo voluntário e consciente pelo qual o ser humano obtém produtos alimentares para o seu consumo. A nutrição, por sua vez, é a ciência que estuda o conjunto de processos, por meio dos quais, o organismo vivo recolhe e transforma substâncias sólidas e líquidas exteriores de que precisa para sua manutenção, desenvolvimento orgânico e produção de energia (PROENÇA, 2000).

Estas definições deixam claro que a alimentação é essencial à vida, e que a deficiência de alimentos, em qualquer etapa do processo vital, exerce profundas

repercussões no crescimento, no desenvolvimento das pessoas, independente de qualquer atividade que o ser humano exerça (MARTINS e ABREU, 1997).

O desafio da alimentação do idoso consiste em cuidar do estado de nutrição do corpo, evitando que o processo de involução acelere seu ritmo e transforme, precocemente, o homem velho em um enfermo ou inválido. A dieta do idoso depende, principalmente, das características inerentes ao processo de envelhecimento, tais como: dentição, hábitos alimentares, situação social e econômica, fatores fisiológicos e desequilíbrio calórico (SÁ, 1984).

O papel da nutrição na manutenção da saúde do idoso é muito importante, pois através da alimentação é possível evitar ou diminuir as conseqüências de problemas comuns nessa idade, tais como: diabetes, hipertensão arterial, osteoporose, constipação, perda de apetite e desidratação (FRANK e SOARES, 2002).

As bases para uma alimentação correta são as mesmas, mas é certo que cada faixa etária da vida merece cuidados e orientações especiais, devido às mudanças e peculiaridades de cada uma. Assim, a alimentação do idoso não difere muito da alimentação do adulto normal, mas deve ser direcionada às mudanças ocorrentes nesta fase, como a diminuição das atividades do organismo em geral. É preciso compreender as mudanças que ocorrem no envelhecimento e os demais fatores que afetam o consumo alimentar do indivíduo idoso, para auxiliar na sua alimentação, e, dessa forma, compensar essas mudanças que são naturais, com o avanço da idade, mas, que interferem no apetite e na mudança de hábito alimentar do idoso (OLIVEIRA e NERY, 2000).

Os fatores que interferem no processo de envelhecimento e no conseqüente surgimento das doenças crônicas não transmissíveis são diversos; e se desconsiderar

os fatores genéticos, que não são passíveis de intervenção, na investigação dos demais fatores, entrarão em destaque os elementos de natureza ambiental sobre os quais se pode agir. Entre estes últimos, encontra-se a alimentação, que exerce papel fundamental na promoção, na manutenção e na recuperação da saúde, desde que seja nutricionalmente adequada. A nutrição exerce importante papel no processo que influencia a situação do indivíduo idoso, uma vez que o envelhecimento soma todas as aquisições e espoliações nutricionais adquiridas ao longo da vida (CIES, 2005).

Dentre as mudanças que ocorrem no organismo devido ao envelhecimento, algumas interferem diretamente na alimentação e nutrição dos idosos, podendo prejudicar o seu estado nutricional (MORIGUTI, LUCIF JUNIOR e FERRIOLI, 1998; MARUCCI, 1998). É por isso que a importância da alimentação na promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde torna-se mais evidente nesse grupo etário (MARUCCI, 1998). Dentre os fatores mais relevantes aos aspectos nutricionais dos idosos, podem-se mencionar: as sensações reduzidas de paladar, olfato, visão, audição e tato são comuns nos idosos e podem resultar de uma variedade de fatores, inclusive o envelhecimento normal, além de doenças, medicações, intervenções cirúrgicas, radioterapia e exposição ambiental. Estas perdas sensoriais podem levar à redução da ingestão de alimentos pelos idosos, como resultado da diminuição do apetite, do reconhecimento alimentar e da capacidade de se alimentar (RIELLA, 1992; ANDRADE *et al.*, 1995; MARUCCI, 1998; MORIGUTI, LUCIF JUNIOR e FERRIOLI, 1998).

A diminuição da secreção salivar (xerostomia), a presença de doenças periodontais e cáries, ou ainda, a ausência parcial ou total de dentes, ou então, o uso de próteses inadequadas tornam a mastigação e a deglutição dos alimentos mais difíceis, propiciando hábitos alimentares inadequados, como o consumo de alimentos

mais moles e, geralmente, deficientes em vitaminas e outros nutrientes essenciais (ANDRADE *et al.*, 1995; MARUCCI, 1998).

A diminuição do peristaltismo e também da secreção de ácido clorídrico, do fator intrínseco, da maioria das enzimas digestivas e dos sais biliares prejudica a digestão e absorção de nutrientes, além de favorecer a constipação nos idosos (ANDRADE *et al.*, 1995; MARUCCI, 1998).

A presença de doenças crônicas não-transmissíveis, como doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade e alguns tipos de câncer, comuns nos idosos, pode afetar as necessidades nutricionais dos mesmos, por alterar os processos metabólicos e por afetar a digestão, absorção, utilização e excreção de nutrientes (ANDRADE *et al.*, 1995; MARUCCI, 1998). Além disso, podem ocorrer interações entre os nutrientes e os medicamentos utilizados no controle dessas doenças, prejudicando o estado nutricional dos idosos (MARUCCI, 1998).

A alimentação do idoso é também comprometida pelo fato de que grande parte dos recursos financeiros é destinada à compra de medicamentos, e o restante, à aquisição de alimentos mais baratos, geralmente ricos em carboidratos, mas deficientes em proteínas (MARUCCI, 1998).

É muito comum o desconhecimento da população em geral e dos idosos, em particular, em relação ao valor nutritivo dos alimentos, bem como as funções que eles desempenham no organismo. Esse fato, associado à existência de crenças e tabus alimentares baseados em informações incorretas obtidas e repetidas durante a vida, pode levar a prejuízos na alimentação e nutrição do idoso (MARUCCI, 1985).

Devido a esses fatores, os idosos apresentam particularidades no que diz respeito às suas necessidades nutricionais. Dessa forma, o envolvimento dos aspectos



nutricionais com o envelhecimento compreende, desde a sua provável participação neste processo, até a possível ação no retardo das disfunções e alterações degenerativas decorrentes dele. Considerando que os idosos são mais sensíveis e vulneráveis, uma oferta dietética ideal é indispensável para que eles mantenham um bom estado nutricional, contribuindo para a manutenção da saúde e a prevenção das doenças (MORIGUTI, LUCIF JUNIOR e FERRIOLI, 1998).

Segundo os resultados da pesquisa de avaliação, adequação e qualidade nutricional das dietas oferecidas aos idosos institucionalizados em São Paulo, todas as dietas oferecidas eram inadequadas em energia e nutrientes. A pesquisa foi realizada em vinte instituições que atendem idosos no município de São Paulo (MARUCCI, 1985).

Na avaliação do estado nutricional e do valor energético da alimentação e a sua associação com sexo, grupo etário e nível socioeconômico dos idosos de Fortaleza, pesquisada por Menezes (2004), onde foram entrevistados 483 idosos, em seus próprios domicílios, conclui-se que os idosos apresentavam estado nutricional vulnerável e risco de deficiências nutricionais, tendo em vista a alimentação não adequada em termos energéticos.

Em busca de conhecer a percepção dos idosos institucionalizados sobre alimentação recebida na instituição e os possíveis fatores de interferência, foi realizado, em São Paulo, um estudo em uma instituição de idosos, onde foram entrevistados 40 idosos, utilizando-se o método de análise de consumo do *Healthy Eating Index*, nos cardápios oferecidos, durante trinta dias, onde se obteve a seguinte conclusão: “a percepção sobre a alimentação sofre influências diretas do ambiente onde está inserido o indivíduo, no caso a instituição” (BRASIL, 2001, p. 50).

Outro fato a ser relatado é o caso da Clínica Santa Genoveva, no ano de 1996, na cidade do Rio de Janeiro, onde 94 idosos foram mortos num período de dois meses. A principal causa das mortes foi a falta de higiene, principalmente na cozinha e nas enfermarias, ressaltando a péssima qualidade da água servida aos idosos, contaminada com coliformes fecais (ALCÂNTARA, 2004).

A alimentação do idoso requer atenção acentuada, uma vez que os fatores limitantes adicionais em relação à população mais jovem giram em torno das modificações do envelhecimento, tornando especiais as possibilidades de uma nutrição saudável (MENEZES, 2004).

## **2.3. IDOSO E SOCIEDADE**

### **2.3.1. Política do Idoso no Brasil**

Dados históricos indicam que a velhice foi protegida, desde o Cristianismo, onde surgiram as primeiras instituições filantrópicas, no Império Bizantino, no século V da era Cristã, para acolher idosos carentes. O Papa Pelagio II (520 – 590 d.C.) fundou o primeiro asilo, dando nova forma a sua casa, decorada em um hospital para atendimento de idosos (ALCÂNTARA, 2004).

No início do século XX, surge a assistência social associada ao assistencialismo filantrópico caracterizado pelo princípio: onde o mais rico e poderoso

dava esmolas aos necessitados – um atendimento pronto, direto, impulsionado pela caridade cristã, tendo como recompensa a declaração de suas almas e o status de beneméritos na sociedade. Assim, cabia ao Estado gerenciar a economia e os interesses das classes privilegiadas, ficando as associações de leigos, igrejas e sociedade civil, a desenvolver o assistencialismo (NERI, 2003).

As instituições filantrópicas somente se consagram, com a organização em categorias, no século XX, pois passaram a ter seus espaços ordenados: orfanatos para crianças, hospícios para loucos e asilos para velhos (ALCÂNTARA, 2004).

Em 1794, no Brasil Colonial, o Conde de Resende encaminha carta à coroa de Portugal ressaltando a importância dos soldados velhos merecerem uma velhice digna e descansada. Surge, então, a Casa dos Inválidos, que tinha como objetivo maior, dar uma vida tranqüila para aqueles que se dedicassem à Pátria (NERI, 1995).

No Brasil, no início do século XX, são criadas várias instituições filantrópicas para o atendimento da velhice (pessoas desamparadas pela família e excluídas da sociedade: moribundos, pobres, inválidos, doentes, alcoólatras e outros desvalidos), sob a referência de asilos, abrigos e lares. Nesta época, a velhice já era um problema social juntamente com outras categorias sociais (NERI, 2003).

Pode-se dizer que, no Brasil, o marco inicial da construção da categoria social velhice remonta ao ano de 1890, quando foi fundado, no Rio de Janeiro, o Asilo São Luís, para a velhice desamparada, e ao ano de 1909, quando surgiu, nesta mesma instituição, um pavilhão para velhos desamparados. Em 1961, foi fundada a primeira sociedade científica brasileira no campo da velhice: a Sociedade Brasileira de Geriatria, que, em 1978, passou a acolher profissionais não-médicos recebendo a denominação de Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. A década de 80 foi marcada pelas

várias iniciativas acadêmicas, no sentido de formar profissionais para lidar com a saúde dos idosos, dentro das faculdades de Medicina, principalmente no Rio Grande do Sul e em São Paulo. Apareceram também as primeiras universidades da terceira idade<sup>14</sup> (NERI, 2005).

É importante para a delimitação do objeto da investigação a apresentação do conceito preciso para políticas públicas. Segundo Lemieux (1994, p. 58), elas podem ser definidas, obstante a área de atuação ou interferências, “como tentativas de regular a situação que apresenta problemas públicos, situações essas afloradas no interior de uma coletividade ou entre coletividades”. Uma situação pública pode ser vista como excessivamente regulada, por um dos autores, e não regulada, por outro, dependendo do tipo de intervenção que este problema tenha sobre a vida de cada pessoa (DIAS, 2002).

No Brasil, que há bem pouco tempo se considerava um “país de jovens” e tratava seus idosos como incapazes, muita luta foi travada para que o poder público tomasse consciência dessa atual realidade e criasse órgãos para trabalhar em prol da inclusão desse grande contingente de idosos (ALCÂNTARA, 2004).

O crescimento do número de longevos, no conjunto geral da população, exige das administrações públicas e da sociedade, a adoção de medidas eficazes que contribuam para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. Essas medidas requerem a conjugação de esforços dos diversos agentes sociais, conscientes de que o fenômeno do envelhecimento é inerente à condição humana, e envolve indistintamente

---

<sup>14</sup> Universidades da terceira idade - Um grande número de universidades oferecem programas educacionais para a terceira idade que não são de graduação. Em geral, o conjunto desses cursos leva o nome de Universidade Aberta à Terceira Idade. Esses projetos podem não conferir diplomas, mas levam oferecem informações sobre saúde, atividades físicas e noções sobre o envelhecimento.

a todos. Daí a necessidade de criar e fortalecer espaços privilegiados de ação e reflexão em torno do tema (COSTA, MENDONÇA e ABIGAIL, 2002).

A Política Nacional do Idoso vem sendo desenhada desde 1976, quando ocorreu o II Seminário Nacional de Estratégias de Políticas Sociais do Idoso, onde estudiosos das áreas de saúde e da previdência social discutiam propostas em busca da elaboração da política social do idoso. Durante os governos militares, todas as estratégias de mobilização social do poder público e da sociedade civil foram resguardadas. Somente em 1994, é que foi promulgada pelo Presidente da República, em 04 de janeiro, a Lei nº. 8.842, que institui a Política Nacional do Idoso, cuja regulamentação foi aprovada dois anos mais tarde (BORGES, 2002).

A Lei Nacional de nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003, criou o Estatuto Nacional do Idoso. Este documento veio impor respeito e a obrigação de se fazer cumprir cada artigo contido nele. Exercendo a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da política nacional do idoso, no âmbito da União, estados, e municípios. Descreve o Estatuto do Idoso, no título II, capítulo I, art. 9º: “é obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa, a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (BRASIL, 2006).

Vários movimentos ocorreram no país para se consagrar o Estatuto do Idoso, iniciando em 1997, com o movimento dos aposentados, pensionistas e idosos vinculados à Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas. Em seguida, em 2000, foi instituída uma Comissão Especial da Câmara Federal para tratar do Estatuto, haja vista, que o mesmo já estava em tramitação no Congresso Nacional, desde 1997. Também aconteceram dois seminários nacionais, um em 2000 e outro em 2001, assim

como, quatro seminários regionais e um outro promovido pela Comissão de Direitos Humanos e pela 3ª Secretaria da Câmara Federal (COSTA, MENDONÇA e ABIGAIL, 2002).

Vale ressaltar que a sociedade civil se manifestou incessantemente junto aos políticos, em busca do bem comum, refletindo princípios e ideologias de uns e de outros, com o objetivo maior de discutir o processo de elaboração e aprovação das duas leis pelo Congresso Nacional (NERI, 2005).

No Estado do Ceará, foi criado em 20 de março de 2003, pelo Decreto nº. 26.963, o Conselho Estadual dos Direitos do Idoso (CEDI-CE) - vinculado à Secretaria Estadual de Ação Social e que tem como finalidade defender os direitos da pessoa idosa. Trata-se de uma instância colegiada, deliberativa, fiscalizadora e participativa, de caráter permanente e composição paritária entre o Governo e a sociedade civil. (CEARÁ, 2006).

São direitos dos idosos, garantidos no Estatuto do Idoso de 2003: direito à vida; direito ao respeito; direito ao atendimento de suas necessidades básicas; direito à saúde; direito à educação; direito à moradia; direito à justiça; e direito ao transporte. (BRASIL, 2006).

### **2.3.2. A Saúde do Idoso**

Várias modificações ocorrem com o envelhecimento, principalmente nas massas musculares e no tecido adiposo. A quantidade de gordura do corpo do idoso se

deposita no subcutâneo. Pesquisas científicas denotam que, a partir de 40 anos de idade, perde-se um centímetro por década vivida, sendo esta perda intensificada por volta dos 70 anos de idade. Este fator é relatado devido às alterações sofridas pela coluna vertebral, como o achatamento das vértebras, diminuição da espessura dos discos intervertebrais, cifose dorsal crescente, diminuição de gordura, perda de massa óssea, agravando com a perda de nutrientes essenciais à vida: minerais, água, proteínas e potássio (CARVALHO FILHO, 2000).

Com o passar dos anos, os tecidos diminuem a sua elasticidade, permitindo a diminuição de toda extensão das artérias, pele e pulmões, ocasionando a dificuldade funcional nestes órgãos, como consequência, o aparecimento das doenças cardio-respiratórias, diminuindo a qualidade de vida da população idosa (RIELLA, 1992).

O corpo humano é composto de grande quantidade de água. No idoso, a composição corpórea chega a ficar reduzida em 52%, ocasionando redução no número de células e quantidade menor de água corpórea. Este fato causa facilidade de desidratação constante no idoso, desestabilizando o equilíbrio hídrico, agravando a existência de qualquer processo patológico (CUNHA, 2001).

Dentre as alterações nutricionais que ocorrem no processo do envelhecimento, merecem destaque as gastrintestinais<sup>15</sup>. O conhecimento das alterações no sistema digestório auxilia na elaboração de dietas apropriadas, dentro das necessidades nutricionais, com ênfase nas reduções das propriedades absorptiva e digestiva dos nutrientes (MAHAN e ESCOTT-STUMP, 2002).

---

<sup>15</sup> Alterações gastrintestinais – Mudanças que ocorrem no corpo humano relacionada ao sistema digestório.

Os sentidos sofrem modificações com o passar dos anos, tais como: diminuição das papilas gustativas, gerando menor quantidade de saliva, perda de olfato e diminuição da acuidade visual, ocasionando perda de incentivo para a realização da alimentação. A diminuição da saliva provoca diminuição na digestão dos alimentos e conseqüentemente má nutrição (CUPPARI, 2002).

Os idosos sofrem perdas dentárias em torno de 1/3 da sua dentição, este fato induz à escolha de alimentos de baixo poder de mastigação (dieta líquida e pastosa), causando uma alimentação cansativa e monótona. A perda nutricional com este tipo de mudança alimentar gera deficiência de nutrientes essenciais para o pleno desenvolvimento do corpo (CARVALHO FILHO, 2000).

A motilidade intestinal<sup>16</sup> é diminuída com o passar do tempo, principalmente no intestino delgado e cólon, devido à atrofia do epitélio, causando desconforto abdominal e principalmente constipação intestinal crônica. Este fato, se não for corrigido a tempo, poderá ocasionar o aparecimento de câncer (ESQUEVEQUIEL, 2002).

A vida moderna faz com que o idoso se depare com problemas psicossociais que influenciam na sua nutrição. O envelhecimento traz consigo muitos fatores sociais que interferem diretamente na vida do idoso, tais como: perda de familiares, isolamento, falta de trabalho, ociosidade, redução de motilidade física, medo, pobreza, acarretando diminuição na qualidade de vida. A alimentação é um fator determinante para o bem estar do idoso, sendo esta correlacionada primariamente com os fatores acima (BORN, 2000).

---

<sup>16</sup> Motilidade intestinal - alterações nos movimentos que propagam o alimento desde a boca até o ânus.



### 2.3.3. Envelhecimento

Para se conhecer o processo de envelhecimento, foram necessários vários estudos científicos, o que abrangeu um período muito longo de pesquisa nesta área do conhecimento humano. O aumento de expectativa de vida do homem contemporâneo aliado à saúde em pleno vigor desestruturou a tríade envelhecimento/doença/morte (CARVALHO FILHO, 2000).

Pesquisas científicas realizadas por Angel Keys *et al.* (1947), sobre o envelhecimento, identificaram que os moradores da Ilha de Creta, ao sul da Grécia, tinham vidas mais saudáveis que os britânicos ou americanos daquele tempo. As baixas taxas de doenças não-transmissíveis (hipertensão, câncer, artrite) eram modificadas nos moradores da região do Mediterrâneo, sendo fatos predominantes para o aumento da expectativa de vida da população. Os cientistas concluíram que as existências de bons hábitos alimentares proporcionaram longevidade saudável aos habitantes de Creta (ESQUEVEQUIEL, 2002).

Nos países desenvolvidos, existe uma aceleração no processo de envelhecimento populacional, se for considerada toda a população. O Brasil não é mais um país jovem. Sendo as mulheres brasileiras, a classe mais predominante do envelhecimento, por serem as que mais procuram o centro de atendimento em saúde, devido à influência de fatores hormonais, ligação direta com a reprodução humana e maior cuidado pessoal (ROSENFELD, 2000).

Avanços científicos na saúde têm proporcionado um impulso nos diagnósticos e tratamento precoce, com vista a prevenir o agravamento à saúde. No Brasil, consideram-se idosos, indivíduos com 65 anos ou mais e, nos países mais desenvolvidos, aqueles com 60 anos ou mais. Isto se deve a menor taxa de fecundidade e mortalidade simultaneamente. Associam-se a este fato, as melhorias das condições higiênicas e sanitárias, no que diz respeito à moradia, saneamento, alimentação e estilo de vida, bem como, o avanço das pesquisas científicas (COSTA, MENDONÇA e ABIGAIL, 2002).

Todos os estudos demográficos no Brasil atestam um fato incontestável: a população está envelhecendo. De um lado, devido ao aumento da longevidade; e de outro, pela redução abrupta das taxas de natalidade. O que se observa é o crescimento proporcional da população com 60 anos ou mais. Em 1900, a expectativa de vida no Brasil não ultrapassava os 33,7 anos; em 1940, alcançou os 39 anos e, em 1950, os 43,2 anos. Em 1960, já era de 55,9 anos e, entre as décadas de 60 e 80, alcançou os 63,4 anos. Atualmente, está em 72 anos e, em 2025, será de 80 anos. Hoje, as pessoas com mais de 60 anos, já são 14,1 milhões de brasileiros, o que significa 9,1% da população. Dentro de 20 anos, os idosos em nosso país serão 32 milhões e representarão 15% do conjunto da população. O Brasil ocupará, então, o sexto lugar no *ranking* mundial de populações idosas (IBGE, 2005).

O envelhecimento é chamado de senescência (do latim *senescere*, significando envelhecer) e se caracteriza por um declínio gradual no funcionamento de todos os sistemas do corpo – cardiovascular, respiratório, geniturinário, endócrino e imunológico, entre outros. A crença de que a velhice está associada, invariavelmente, a uma profunda debilitação intelectual e física, entretanto, é um mito. A maioria das

peças idosas retêm sua capacidade cognitiva e física em grau notável (CARVALHO FILHO, 2000).

A melhoria das condições de vida (moradia, alimentação, estilo de vida) e o avanço do conhecimento científico, propiciando diagnósticos e tratamentos precoces e também colaborando na prevenção de agravos à saúde, por meio de vacinas e medicamentos, têm influenciado o envelhecimento através da queda nos coeficientes de fecundidade e de mortalidade (MARUCCI, 1998).

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) existem, no Brasil, cerca de 17,6 milhões pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, representando 9,7% da população residente geral (IBGE, 2005). No Ceará, o número de idosos já ultrapassou o quantitativo de crianças de zero a quatro anos. No total populacional, são 9,5% acima de 60 anos de idade contra 9% de crianças na primeira infância.

Mesmo com o crescimento significativo da população idosa, poucas mudanças significativas nas políticas públicas que favoreçam a melhoria da qualidade de vida dos idosos são percebidas. O envelhecimento saudável ou patológico é determinado por vários padrões de variáveis, como doenças, nível de atividade e envolvimento social associados à classe social e gênero (NERI, 2003).

A velhice comporta considerável variabilidade interindividual e abrange um período que pode ser muito longo, no decorrer do qual, as limitações e a fragilidade tendem a aumentar, o que faz dos velho-jovens, entre 60 e 70 anos, um grupo muito diferente dos velhos-velhos, aqueles com mais de 80 anos (CARVALHO FILHO, 2000).

Segundo Neri (2003), é grande a variabilidade de dependência entre os idosos. Essa pesquisa indica que apenas 5% dos idosos na faixa dos 65 anos são

gravemente dependentes em termos físicos. No entanto, também é mostrado que cerca de 40% dos idosos com mais de 80 anos e 50% dos que estão acima de 90 anos são gravemente dependentes em termos físicos, necessitando do apoio familiar, médico e social.

O envelhecimento sofre influências de diversos fatores, o que ocasiona o surgimento das doenças crônicas não-transmissíveis<sup>17</sup>, e se forem desconsiderados os fatores genéticos ou os demais fatores, merecem destaque os elementos da natureza ambiental. Nestes se encontra a alimentação, como fator predominante da promoção da saúde. A alimentação adequada favorece o processo de melhoria da saúde do indivíduo idoso, pois o envelhecimento representa todos os ganhos e espoliações nutricionais somadas ao longo da vida (CIES, 2005).

Muitas das doenças apresentadas com maiores incidências na população idosa estão relacionadas ao fator alimentação, seja como um causador de doença ou na forma de tratamento ou controle da doença (FAUSTO *et al.*, 2001).

Para amenizar o processo de envelhecimento, se faz necessária adoção de medidas individuais tais como: controle da dieta, cuidados com a saúde, estilo de vida ativo e envolvimento social. Tudo isto considerando também que os efeitos destas variáveis dependem de fatores intrínsecos, situacionais, de história de vida e macroestruturais (MENEZES, 2004).

---

<sup>17</sup> Doenças crônicas não-transmissíveis - são causas importantes de morbidade (número de casos de uma doença), mortalidade (número de mortes num determinado período) e invalidez no Brasil. Para estas doenças existem vários fatores de risco, relacionados entre si, cuja prevenção reduziria o aparecimento de novos doentes, atenuaria o surgimento de lesões irreversíveis ou complicações que levariam a graus variáveis de incapacidades, até invalidez permanente.

De acordo com Neri (1995), o envelhecer bem não é mero atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas resulta da qualidade de interação entre indivíduos em mudança, vivendo em sociedades em mudança.

#### **2.3.4. Ressocialização do Idoso**

O país envelhece com uma amplitude acima do normal, fazendo com que o governo e a sociedade civil se juntem e constituam políticas públicas e programas sociais permanentes para atenuar a grande demanda de idosos, com ênfase na classe menos favorecida (NERI, 2005).

Em seu art. 3º, o Estatuto do Idoso determina que a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do governo é de assegurar, “com prioridade absoluta, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar”, significando com estas palavras que sempre deverá prevalecer o interesse do idoso e o seu atendimento (BRASIL, 2006).

Várias ações têm sido desenvolvidas no sentido de melhorar a qualidade de vida dos idosos, dentre elas: instituições geriátricas (asilos, associações, centros de convivência, lares, casas de velinhos, recantos, centros de convivência), todas voltadas para o atendimento geriátrico (PINHEIRO, 2002).

O cristianismo foi pioneiro no amparo aos velhos. De acordo com dados históricos, as primeiras instituições filantrópicas voltadas a abrigar essa população carente surgiram no Império Bizantino, no século V da era cristã. Há registro de que o primeiro asilo foi fundado pelo Papa Pelágio II (520 – 590 d.C.), que transformou a sua casa em um hospital para velhos (DIAS, 2002).

De acordo com Neri (2005), os asilos surgiram mediante a necessidade de administrar a pobreza que era impulsionada no final do século XIX e início do século XX, quando a assistência social era ditada e governada pela oligarquia rural. Assim sendo, os mais abastados davam esmolas aos mais necessitados – um atendimento direto, pronto, impulsionado pela fé cristã.

Na Europa e nos Estados Unidos, no século XX, iniciava-se a introdução da Geriatria no mundo acadêmico, através da disciplina acadêmica. O termo Gerontologia foi criado, em 1904, por Metchnikoff, e o termo Geriatria foi criado, em 1909, por Nascher. A Gerontologia e a Geriatria somente se transformaram em campos de práticas profissionais, de pesquisas e de formação científica após a Segunda Guerra Mundial (NERI, 1995).

Muitas iniciativas acadêmicas surgiram a partir dos anos 1980, no intuito de formar profissionais qualificados para lidar com a saúde do idoso, com ênfase nas faculdades do Rio Grande do Sul e em São Paulo. Surgem neste ínterim as universidades da terceira idade. E assim, sucedeu-se, nos anos seguintes, a multiplicação dos estabelecimentos dos campos da Geriatria e da Gerontologia e de várias especialidades profissionais dedicadas ao atendimento à velhice no Brasil (LOPES, 2000).

No Brasil, está sendo iniciada uma preparação institucional para esse novo perfil populacional. Existe a necessidade de se fazer essa preparação, pois o governo e a sociedade têm que possibilitar assistência em educação e saúde, dentre outras, para todos os idosos (SILVA, 2003).

O modelo ideal de configuração organizacional para uma instituição de idosos seria o marcado pela dualidade de ser, simultaneamente, centro de produção de conhecimento e espaço destinado à moradia e convivência, que considere as várias dimensões do envelhecimento humano saudável e que assegure os direitos constitucionais dessas pessoas (AGUIAR, 2005).

A instituição da Política Nacional do Idoso (PNI), resultante da Lei nº. 8.842 de 04 de janeiro de 1994, ofereceu diretrizes importantes como, a proposta de criação de centros de convivência para atendimento ao idoso, no que se refere à saúde, cultura, lazer e desenvolvimento da cidadania (BRASIL, 2006).

Mazza e Lèfevre (2004) realizaram um trabalho de pesquisa com um grupo de 17 (dezessete) cuidadores familiares de idosos, sobre o asilo ou casa de repouso em que tais idosos viviam, e foi constatado que a família cuida melhor do idoso e que a família procura uma unidade asilar quando o idoso está muito dependente ou quando não tem familiares para cuidar. A institucionalização é tida como maléfica, não sendo aceita pelo idoso e nem pelo cuidador.

Gonçalves *et al.* (1999) entrevistaram, em Florianópolis, 280 idosas, com o objetivo de identificar a opinião dos idosos sobre a rede de apoio comunitário à velhice, e concluíram que os recursos mais necessários seriam: a) transporte gratuito e eficiente; b) serviços de saúde que incluam cuidados ambulatoriais, hospitalar, domiciliar, assistência odontológica e centro-dia de cuidados; c) alimentação, moradia e

medicação a custos baixos; d) assistência à saúde, e) segurança urbana; f) emprego especial para idosos; g) centro de convivência; h) cursos de artes, trabalhos manuais e alfabetização. É bem verdade que muitas políticas públicas, atualmente desenvolvidas, estão de acordo com a necessidade dos idosos.

A norma constitucional estabelece como medida social, que os pais têm o dever de assistir, criar e educar seus filhos menores, ficando a responsabilidade dos filhos de amparar os pais na velhice proporcionando uma vida digna. Este fato é passado entre gerações, incumbindo o dever aos mais novos de cuidar dos mais velhos, principalmente na satisfação das necessidades físicas, psíquicas e sociais. A Constituição atual delega também que além da família, o Estado e a Sociedade têm o dever de proteger e promover a saúde do idoso (ALCÂNTARA, 2004).

A aposentadoria configura ao idoso na sociedade um novo papel, como arrimo de família. Com a sua renda, muitas vezes, é assegurado o sustento da família, diminuindo assim o grau de pobreza. A família brasileira que habita junto aos seus idosos tem maior nível econômico e social (MAZZA e LÈFEVRE, 2004).

Wagner (2001 *apud* ALCÂNTARA, 2004), descreve que, nos países desenvolvidos, além do suporte familiar dado ao idoso, existe sistema formal de apoio com hospital-dia, assistência domiciliar de saúde, centros-dia e centros comunitários que fazem um processo de inclusão das famílias e comunidades, na perspectiva de que o idoso receba um atendimento digno, ficando o grau de dependência com a família mais limitada, ou seja, o idoso ocupa uma parte do seu tempo fora de casa, deixando seu cuidador menos sobrecarregado.

É importante que se mantenha o idoso junto a sua família na comunidade através da inclusão de política voltada para a ressocialização do idoso em serviços



direcionados para as organizações não-asilares de assistências, ou melhor, centros comunitários, centros de cuidados diurnos, atendimentos domiciliares, clubes de assistências, de tal forma a promover e desenvolver a integração da família, idoso e sociedade (ALCÂNTARA, 2004).

No Brasil, as políticas públicas implantadas para o apoio ao idoso, tais como, abrigos, asilos, centros-dia, hospitais ambulatoriais, clubes de terceira idade, ainda são muitos incipientes, representando um passo para a ressocialização do idoso no país.

## **2.4. VIGILÂNCIA SANITÁRIA NA PRODUÇÃO DE ALIMENTOS**

### **2.4.1. O Serviço de Alimentação e Nutrição**

O serviço de alimentação e nutrição é o lugar da instituição onde se implantam rotinas e todo o fluxo de atividades, para que o produto final seja uma alimentação higiênica e nutritiva, de boa aceitação e custo compatível com o orçamento previsto (SCHILLING, 2000).

A busca da melhoria da saúde do consumidor requer produtividade crescente com equipamentos, sempre com objetivo da preservação do valor nutritivo do alimento, haverá uma menor perda de substâncias nutritivas e uma menor exposição do alimento à contaminação (SILVA JUNIOR, 2001).

Segundo Oliveira e Nery (2000), o serviço de alimentação e nutrição é um órgão da empresa, que supre as demandas de atividades relacionadas à alimentação e nutrição, tendo como objetivo principal o fornecimento direto, assistência e educação nutricional.

Schilling (2000) descreve que, de acordo com o estilo de vida que os grupos humanos adotam, variam a forma e os processos de alimentação.

Dentro desta conceituação, as instituições geriátricas, que oferecem alimentação para idosos, organizam as refeições coletivas, com objetivo de preservar a saúde, como resposta a uma necessidade humana básica: a alimentação. A nutrição é vislumbrada como um instrumento capaz de estabelecer e melhorar a qualidade de vida da população seja ela assistida em asilos ou em centros de convivência (NERI, 2005).

De acordo com Teixeira, Oliveira e Rego (2000), o serviço de alimentação e nutrição é um órgão de estrutura administrativa simples, porém de funcionamento complexo, visto que, em geral, neles são desenvolvidas atividades que se enquadram nas funções técnicas, administrativas, comerciais, financeiras, contábeis e de segurança. Funções estas indispensáveis a qualquer empresa, independente do tamanho.

Cabe aqui mencionar a relação que mantém um perfeito equilíbrio ente o trabalho físico e o regime alimentar, tendo sido objeto de estudo em quase todas as partes do mundo. Mais do que uma simples forma de manutenção da vida e saúde, cada refeição pode representar um momento de recompensa emocional, assim sendo, o ser humano recebendo uma alimentação digna, melhora a sua qualidade de vida, aumenta a sua satisfação pessoal e principalmente aumenta a sua longevidade (CARVALHO FILHO, 2000).

Silva Junior (2001) comenta que o controle de qualidade no serviço de alimentação e nutrição é muito importante e abrangente, havendo a necessidade de definir as regras e técnicas adequadas para preparar alimentos em condições de segurança higiênico-sanitária.

A garantia do acesso ao consumo de alimentos abrange um conjunto de ações, que vão de encontro às necessidades para uma nutrição adequada, sendo essencial que o controle sanitário aconteça em toda cadeia alimentar, desde a produção, o armazenamento, a distribuição até consumo de alimentos, englobando todos os processos que se fizerem necessários (SCHILLING, 2000).

As normas técnicas específicas, para a garantia de variedade de alimentos e qualidade dos produtos oferecidos à população, são criadas pela Comissão Nacional de Normas e Padrões para Alimentos, que atua, intensamente, na emissão de normas técnicas, em conformidade com princípios e preceitos fincados nas normas básicas de alimentos, instituída com o Decreto-Lei nº. 986/69. No marco geral, a comissão estabelece princípios de higiene a serem observados na obtenção, manipulação, armazenagem, transporte e distribuição de alimentos, abrangendo o cultivo e a produção; ademais, recomendam-se normas de higiene para manipuladores de alimentos (COSTA, 2004).

Segundo Teixeira, Oliveira e Rego (2000), os cardápios devem ser balanceados nutricionalmente, de modo a satisfazer as necessidades energéticas e em nutrientes, garantindo, ao mesmo tempo, saúde, capacitação para o trabalho e *performance* física desejável ao indivíduo.

De acordo com Silva Junior (2001), é fundamental que os princípios de higiene sejam rígidos, porque quanto menor a quantidade de microorganismos

presentes nos alimentos prontos, maior a sobrevida para o consumo. Os cuidados deverão ser máximos em relação à higiene dos alimentos.

É fundamental que sejam realizadas pesquisas voltadas para o conhecimento das boas práticas de fabricação dos alimentos em instituições geriátricas, principalmente como forma de corrigir ou alertar para a solução dos problemas mais graves, evitando assim que o alimento contaminado seja servido, ocasionando prejuízos severos à saúde dos idosos.

#### **2.4.2. Doenças Transmitidas por Alimentos**

Os alimentos, apesar de essenciais à vida humana, possuem características que podem torná-los inadequados ao consumo, dependendo de cuidados de manipulação, processamento e conservação. Esta inadequação ao consumo pode ocorrer pela decomposição dos alimentos por agentes físicos, químicos e biológicos, pela contaminação acidental ou introdução consciente de substâncias tóxicas ou inconvenientes à saúde, pela transmissão de doenças ao homem através de alimentos de origem animal, ou pela contaminação dos alimentos por microorganismos que, muitas vezes, utilizam o alimento como meio de multiplicação (PROENÇA, 2000).

No Brasil, as secretarias de saúde, tanto no âmbito Estadual como Municipal, além, do próprio Ministério da Saúde, estão implantando um sistema de vigilância epidemiológica em doenças veiculadas por alimentos. Um sistema obrigatório de

notificação de surtos de toxinfecção alimentar, prevista nos códigos sanitários municipais da maioria das cidades brasileiras. Observa-se que não é muito comum, a notificação à vigilância sanitária sobre ocorrência de episódios dessa natureza por parte dos serviços médico-assistenciais (PINTO *et al.*, 1996).

As pesquisas brasileiras, realizadas por universidades, pelo Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC), e pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO), demonstram haver irregularidades em praticamente todos os tipos de alimentos. Desde excesso de agrotóxicos em produtos vegetais, até parasitas, hormônios e drogas veterinárias em produtos animais. As preocupações incluem também, os alimentos industrializados, aos quais são acrescentados aditivos de utilização polêmica, aprovados em alguns países e terminantemente proibidos em outros (PROENÇA, 2000).

A higiene alimentar deve ser definida como uma ciência sanitária que tem como objetivo a produção de alimentos que sejam seguros para o consumidor e que mantenham suas boas qualidades. Ela cobre um vasto campo que inclui a criação, alimentação, comercialização e abate de animais, assim como, procedimentos de sanitização, delineados para prevenir que as bactérias de origem humana atinjam os alimentos (EVANGELISTA, 1989).

Deve-se ressaltar a importância de quadros de toxinfecções alimentares em populações de baixa renda, devido às mesmas viverem em condições higiênico-sanitárias precárias, as quais facilitam a contaminação dos alimentos (EVANGELISTA, 1999).

A ocorrência de doenças transmissíveis por alimentos depende do conjunto de circunstâncias peculiares e de fatores como: organismos infectantes em gêneros

alimentícios, nos manipuladores de alimentos e nos animais. Como por exemplo, as mãos dos manipuladores de alimentos podem causar contaminação cruzada dos alimentos crus para os alimentos cozidos; do próprio manipulador de alimentos para os equipamentos, roupas e outros utensílios de cozinha, superfícies contaminadas por alimentos crus e alimentos cozidos; alimentos em condições favoráveis ao crescimento bacteriano estocados em temperaturas não controladas por um período de duas horas ou mais (GERMANO e GERMANO, 2001).

Dentre os alimentos que mais freqüentemente aparecem relacionados a surtos de toxinfecções alimentares, destacam-se carnes bovinas e de frango, responsáveis por veiculação de clostrídios, estafilococos e enterobactérias, em seguida, aparece a maionese, como principal veiculadora de salmonelas. O queijo e o leite são alimentos de destaque em surtos de toxinfecções veiculados por estafilococos. Nos produtos lácteos são isolados *S. aureus* e coliformes fecais patógenos de grande interesse à saúde pública. Nos alimentos consumidos imediatamente após serem servidos, o risco de contaminação é pequeno, exceto no caso *Shigella* spp e do vírus A da hepatite. O problema maior diz respeito à contaminação das embalagens de padarias e serviços de *buffet*, que podem causar sérios problemas à saúde (EVANGELISTA, 1999).

Entre 1994 e 1995, salmonela foi responsável por 27 surtos, de acordo com dados de uma lista parcial de surtos da secretaria de saúde ocorridos no Estado de São Paulo, constituindo-se um dos principais problemas (RODRIGUES, 2001).

Os sintomas clínicos e o período de incubação indicarão, de forma geral, se a doença é do tipo infecção ou se é uma intoxicação. O veículo alimentar é, geralmente, a carne e ave preparadas, pratos amornados, ovos ligeiramente cozidos e pratos à

base de leite e de outros alimentos susceptíveis para o crescimento bacteriano, quando, geralmente, são deixados, por algumas horas, sem refrigeração. A identificação de qualquer fonte contaminada de matéria prima crua exigirá uma futura inspeção (SILVA JUNIOR, 2001).

Quando o veículo alimentar suspeito não estiver disponível, o exame dos ingredientes pode ajudar. Particularmente carnes cruas e aves, conhecidos por serem fontes de salmoneloses e de outros patógenos. Suspeitando-se de salmonelose e febre entérica, devem-se investigar os fornecedores de carnes, aves e outros alimentos protéicos, como também as amostras dos alimentos. Amostras de fezes dos pacientes e manipuladores de alimentos também devem ser examinadas (EVANGELISTA, 1989).

Os municípios de São Paulo e Salvador são os únicos do Brasil que apresentam modelos de notificação de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) através do Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado. Desta forma, conseguem limitar, através das regiões do local de ocorrência, o agente etiológico, fonte alimentar de transmissão, bem como, óbitos relacionados ao diagnóstico estudado (SÃO PAULO, 2006).

O controle de qualidade em um serviço de alimentação é muito importante e abrangente, havendo necessidade de definir as situações básicas que envolvem a preparação dos alimentos e a garantia de sua qualidade higiênico-sanitária (SILVA JUNIOR, 2001).

A garantia da qualidade sanitária das refeições produzidas faz parte da preocupação de todo profissional envolvido com o preparo de alimentos. A segurança alimentar é um dos fatores da qualidade; na sua ausência, as doenças transmitidas por alimentos podem ocorrer entre os consumidores (GERMANO e GERMANO, 2001).

Qualquer que seja a fonte de bactérias causadoras de toxinfecções, as falhas no preparo, e na estocagem, levarão à multiplicação no alimento cozido, que se tornará o veículo imediatamente responsável por um surto. Não se devem poupar esforços para descobrir a forma com que o organismo dissemina-se dos alimentos crus para cozidos, ou das pessoas para os alimentos cozidos. Com relação aos métodos de preparo dos alimentos, deve-se observar em que etapa, após o cozimento, ocorreu retardo no armazenamento, mantendo-se o alimento em temperaturas convenientes ao crescimento microbiano (EVANGELISTA, 1999).

### **2.4.3. A Vigilância Sanitária na Produção de Alimentos**

O conceito atual de vigilância sanitária, contida na Lei Orgânica de Saúde (LOS) (Lei nº. 8.080, de 19 de setembro 1990) – é definida como “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde” (BRASIL, 2006).

De acordo com Costa (2004), as ações de vigilância sanitária são de competência do sistema único de saúde. A legislação sanitária acentua as ações da vigilância sanitária, que integram em grande parte, o conteúdo do atual conceito jurídico de saúde, como resultado de política pública do governo e que é reconhecida como direito fundamental do ser humano.



O termo higiene é descrito nos regulamentos técnicos de saúde de 1923 e de 1931, como parte da higiene do trabalho, disciplinando todos os estabelecimentos industriais. Esse termo era associado ao local e alimentos, aos meios de transporte e a veículos destinados ao transporte de produtos e em menor grau a manipuladores de alimentos. Nas normas de alimentos, a palavra higiene sempre está presente em relação ao local onde são produzidos, manipulados e envasados. Atualmente, o sentido de higiene contempla padrões microbiológicos e outros contaminantes (GERMANO e GERMANO, 2001).

A higiene na produção do alimento é preceito normativo que fundamenta o cancelamento, temporário ou definitivo, do registro de um dado produto e a interdição ou a apreensão de alimentos e bebidas (COSTA, 2004).

É complexa a organização administrativa brasileira voltada para a vigilância e controle da comercialização dos alimentos. Não há convergência política na resolutividade do assunto, muitos órgãos governamentais com competências voltadas para o controle dos alimentos. Os procedimentos de vigilância sanitária, nos municípios e estados, se dividem em assuntos, estando os governos no mesmo espaço físicos, ou seja, o estado cuida da comercialização e o município, dos estabelecimentos de venda de produtos. Em ambos, não existe uma interface de julgamento de ações, que seria uma situação desejável (DIAS, 2002).

O Ministério da Saúde, durante muitos anos, tem se esforçado em instalar em vários pontos do território nacional, laboratórios de saúde pública, cujo objetivo é o de realizar análise em alimentos, como forma de garantir o monitoramento e o controle dos alimentos que estão sendo oferecidos à população. Merece destaque a promoção

da capacitação de recursos humanos para atuação da vigilância sanitária, embora não seja com a intensidade e regularidade que se faz necessária (COSTA, 2004).

O Ministério da Saúde do Brasil instituiu normas básicas sobre alimentos, através do Decreto-Lei nº. 986 de 11 de outubro de 1969, constituindo um documento minucioso, e que ainda se apresenta como o principal suporte jurídico para a ação de vigilância sanitária de alimentos no território nacional (BRASIL, 2006).

Através do Decreto nº. 79.056, de 1976, foi instituída pelo Ministério da Saúde, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, incumbida de promover ou elaborar, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativos a alimentos. Dentre as funções atribuídas, se sobressaem aquelas voltadas para elaboração, controle e fiscalização do cumprimento de normas, fiscalização e inspeção de alimentos, bebidas e água para o consumo humano (BRASIL, 2006).

A descentralização das atividades de controle sanitário de alimentos, com exceção da industrialização dos produtos de origem animal, que passou a ser de responsabilidade da área de Agricultura (Ministérios e Secretarias do Estado), foi colocada em prática a partir da criação do antigo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 20 de julho de 1987. Posteriormente, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Vigilância Sanitária passou a ser competência dos Estados e Municípios, respeitando as legislações Federais e Estaduais pertinentes, ficando a ação fiscalizadora da mesma a ser exercida sobre todos os estabelecimentos varejistas de gêneros alimentícios (COSTA, 2004).

Em 1990, a Lei nº. 8.078, de 11 de setembro de 1990, criou o Código de Defesa do Consumidor, com a finalidade de assegurar os direitos do consumidor contra

defeitos de qualidade e fraudes nas mercadorias vendidas, reforçando assim, a necessidade de um processo educativo junto à população, que instruída colocará em prática, com maior dignidade, o exercício da cidadania, enfatizando a educação alimentar como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº. 1.428, de 26 de novembro de 1993, editou diretrizes e princípios para a inspeção sanitária, preconizando a adoção de métodos de boas práticas de produção e comercialização de alimentos e afins, assegurando o controle de qualidade dos alimentos pelo programa Análise de Perigos de Pontos Críticos de Controle (APPCC) (BRASIL, 2006).

A Secretaria de Vigilância Sanitária, considerando a necessidade do constante aperfeiçoamento das ações de controle sanitário na área de alimentos, visando à proteção da saúde da população, através da Portaria nº. 326, de 30 de julho de 1997, institui o regulamento técnico das condições higiênico-sanitárias dos estabelecimentos produtores/industrializadores e de boas práticas de fabricação de alimentos (BRASIL, 2006).

Através da Lei nº. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, o Ministério da Saúde define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dispõe, dentre as competências dessa nova autarquia, o controle e a fiscalização de alimentos, inclusive bebidas, águas envazadas, seus insumos, suas embalagens, aditivos alimentares, limites de contaminantes orgânicos, resíduos agrotóxicos e medicamentos veterinários, tendo como objetivo primordial: regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública (BRASIL, 2006).

Com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, houve um incremento na atividade de regulamentação técnica na área de alimentos, estímulo à rede laboratorial, aprimoramento do controle de produtos e, principalmente, o desenvolvimento de trabalho articulado com órgãos de vigilância sanitária estadual. Estes fatos constituem um marco político de aplicação das atividades de fiscalização nesta área no Brasil (DIAS, 2002).

O controle sanitário dos produtos alimentícios é atribuição das organizações de saúde pública, nos diversos segmentos de organização político-administrativa do país. No Brasil, têm-se três esferas administrativas que agem no campo da saúde pública, com vistas ao controle de alimentos na área dos bens de consumo: Federal ou da União, Estadual e Municipal (GERMANO e GERMANO, 2001).

A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº. 275, de 21 de outubro de 2002, dispõe sobre o regulamento técnico de Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs), aplicados aos estabelecimentos produtores/industrializadores de alimentos e a lista de verificação das boas práticas de fabricação em estabelecimentos produtores/industrializadores de alimentos, com o objetivo de estabelecer procedimentos operacionais padronizados, que contribuam para a garantia das condições higiênico-sanitárias necessárias para o processamento e identidade dos alimentos (BRASIL, 2006).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, através da RDC de nº. 216, de 15 de setembro de 2004, dispõe sobre o regulamento técnico de boas práticas<sup>18</sup> para serviço de alimentação, com o objetivo de aperfeiçoamento das ações de controle sanitário na área de alimentos, visando à proteção da saúde da população, isto devido

---

<sup>18</sup> Boas práticas - são os procedimentos necessários para garantir a qualidade dos alimentos.

à necessidade de elaboração de requisitos higiênico-sanitários gerais para serviços de alimentação (BRASIL, 2006).

A Portaria Municipal de nº. 31, de 28 de março de 2005, instituída pela Secretaria de Saúde do Ceará, dispõe sobre as ações de vigilância sanitária e controle de avaliação, quando há a necessidade de manter os serviços de alimentação em elevada qualidade, isentando os consumidores de risco e outros agravos à saúde (CEARÁ, 2006).

### 3. METODOLOGIA

A presente pesquisa tem como objetivo geral avaliar as boas práticas de fabricação dos alimentos de instituições geriátricas do Ceará, localizadas em Fortaleza, e como objetivos específicos: avaliar as condições higiênicas e sanitárias das áreas de fabricação de alimentos; identificar a política de alimentação utilizada por instituições geriátricas; e avaliar se as condições de produção das refeições estão dentro dos padrões exigidos pela legislação brasileira.

O trabalho de pesquisa foi desenvolvido com a aplicação de uma lista de verificação dos procedimentos utilizados na produção das refeições, como forma de assegurar a aplicação das Boas Práticas de Fabricação (BPF) dos alimentos.

A pesquisa foi desenvolvida em 08 (oito) instituições geriátricas do Ceará, localizadas em Fortaleza, no período de setembro a outubro de 2006, quando foram coletados os dados. A amostra envolveu o serviço de alimentação e nutrição, onde foi aplicada a lista de verificação de boas práticas de fabricação de alimentos nas instituições que estavam nos parâmetros idealizados para a pesquisa.

A RDC nº. 275, de 21 de outubro de 2002 (ANEXO A) dispõe sobre o regulamento técnico de procedimentos operacionais padronizados aplicados aos estabelecimentos produtores/industrializadores de alimentos (ANEXO B) e a lista de verificação das boas práticas de fabricação de alimentos (ANEXO C).

A lista de verificação é um instrumento que torna possível a realização de uma avaliação inicial das condições higiênico-sanitárias de um estabelecimento de

produção de alimentos. Os requisitos avaliados são relativos a: recursos humanos, edificações e instalações, equipamentos, móveis e utensílios, manipuladores, produção e transporte de alimentos e documentação. Este estudo possibilita o levantamento de aspectos críticos ou não-conformes e a partir dos resultados encontrados planejar ações corretivas para adequação de instalações, procedimentos e processos produtivos, buscando eliminar ou reduzir riscos físicos, químicos e biológicos que possam comprometer os alimentos e a saúde do consumidor. Esse instrumento é aplicado aos serviços de alimentação e nutrição que realizam algumas das seguintes atividades: manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento, distribuição de alimentos preparados ao consumo, tais como: restaurantes, lanchonetes, cozinhas industriais, padarias, dentre outros.

Essa lista utilizada constou de 176 itens de verificação distribuídos na avaliação de vários aspectos do estabelecimento pesquisado. As opções de resposta para o preenchimento da referida lista foram: dentro do padrão (sim), fora do padrão (não) e não se aplica (NA); este último quando o item foi considerado não pertinente ao local pesquisado. Os itens cujas respostas foram a opção NA, não foram estatisticamente avaliados. Durante as visitas às instituições geriátricas, a lista de verificação foi preenchida através de observações da própria pesquisadora, com o auxílio de uma estagiária de Nutrição, e das informações prestadas pelo responsável pela instituição. Para o desenvolvimento da pesquisa foram realizadas duas visitas técnicas com a duração de 8 h cada, onde foi acompanhado o fluxo da produção dos alimentos, desde o início até a sua distribuição.

O referido instrumento é usado por técnicos da vigilância sanitária com o objetivo de conhecer a realidade das unidades de produção de alimentos, quando da

realização de vistorias técnicas pelos fiscais. A mesma faz parte da rotina de fiscalização sendo uma necessidade do constante aperfeiçoamento das ações de controle sanitário na área de alimentos visando à proteção da saúde da população.

Para a seleção das 08 (oito) instituições geriátricas da amostra que compõe o estudo, foi utilizada a listagem de cadastramento de instituições que são atendidas pelo banco de alimentos do programa Mesa Brasil do Serviço Social do Comércio do Ceará (SESC-CE). As instituições geriátricas estudadas foram escolhidas obedecendo aos seguintes critérios: possuir cozinha, produzir alimentação na própria instituição, ser filantrópica, oferecer refeições diariamente, atender no mínimo 100 idosos, estar localizada na cidade de Fortaleza. Esta cidade foi escolhida em função do grande número de instituições geriátricas existentes e a facilidade para a aplicação do instrumento de avaliação. Dentre as instituições geriátricas escolhidas, a amostra ficou assim representada: 03 (três) instituições que oferecem 01 refeição/dia; 02 (duas) instituições que oferecem 02 refeições/dia; 01 (uma) instituição que fornece 03 refeições/dia; 02 (duas) instituições que oferecem 05 refeições/dia.

As instituições escolhidas, que compõem a amostra da pesquisa, apresentam os seguintes perfis:

Lar Torres de Melo, situado no bairro Jacarecanga, atende uma média de 240 idosos, que moram na instituição. Oferece cinco refeições/dia (café, almoço, lanche, jantar e ceia) para seus internos, funciona como uma instituição de longa permanência. Possui equipe multidisciplinar para o atendimento dos idosos, inclusive uma nutricionista que é a responsável técnica pela produção e distribuição da refeição.

Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro, situada no bairro Parquelândia, atende 100 idosos, com o oferecimento de 01 refeição/dia, funciona como um centro de



convivência, onde no período da tarde são desenvolvidas atividades recreativas e culturais e distribuição de uma refeição (sopa) no lanche da tarde.

Casa de Nazaré, localizada no bairro Montese, é uma instituição de longa permanência para idosos do sexo feminino, atende uma média de 100 idosas, com o fornecimento de 05 refeições/dia (café, almoço, lanche, jantar e ceia). A administração da instituição fica por conta de uma entidade religiosa, onde a maioria dos assistidos são pessoas provenientes da rua.

Associação Comunitária em Cristo Jesus, situada no bairro Barroso II, atende uma média de 100 idosos, com o fornecimento de uma refeição (sopa) no período da tarde. A instituição funciona como um centro de convivência para o idoso, com atividades voltadas para o entretenimento e trabalho social com os idosos do bairro.

Associação Grupal dos Moradores do Genibaú, localizada no bairro Genibaú, funciona como um centro comunitário do bairro e presta serviço social aos idosos, com reuniões sócio-educativas e culturais e o fornecimento de uma refeição (sopa) diária, no período da tarde, para uma média de 100 idosos.

Associação de Santo Antônio, localizada no bairro Nossa Senhora das Graças, funciona no período da manhã e tarde e oferece aos idosos duas refeições diárias (lanche e sopa). A instituição desenvolve trabalho de acolhimento para uma média de 200 idosos, através de palestras educativas, oficinas de promoção ao trabalho, atividades culturais e ensinamentos religiosos.

Associação Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda fica situada no bairro Henrique Jorge, atende uma média de 100 idosos, desenvolve trabalhos educativos na área de pintura, trabalhos manuais, grupos culturais. Funciona no período da manhã e tarde e oferece duas refeições (lanche e sopa) para os idosos.

Associação dos Idosos do Mucuripe, situada no bairro Papicu, é uma casa de abrigo de idoso dia, funciona de 7h às 17h , oferece para os idosos três refeições/dia (café da manhã, almoço e jantar), atende uma média de 150 idosos. O trabalho desenvolvido pela instituição é o de ressocialização do idoso, através do desenvolvimento de atividades culturais, sócio-educativas, trabalhos manuais, educação em saúde, de tal maneira, que melhora a qualidade de vida do idoso através do aumento da sua auto-estima.

Para a realização da pesquisa, foi elaborado um termo de consentimento com o objetivo de oficializar a participação da instituição como objeto de estudo. O referido termo foi assinado pelo responsável geral da entidade (ANEXO D).

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados aqui apresentados foram constituídos a partir da tabulação dos dados da lista de verificação das boas práticas de fabricação de alimentos que foram aplicadas em oito instituições geriátricas pesquisadas no ano de 2006.

Em relação ao número de refeições servidas nas instituições geriátricas, mostrado na TABELA 1, foi constatado que o maior percentual, representado por 37,5% das instituições entrevistadas, oferece aos seus assistidos uma refeição diária: (lanche ou sopa). Embora seja dada somente uma refeição aos seus assistidos, a instituição tem o dever social de oferecer esta refeição dentro dos padrões necessários de higiene e sanidade microbiológica.

**Tabela 1 - Número de refeições servidas nas instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições Geriátricas</b>	<b>01 refeição</b>	<b>02 refeições</b>	<b>03 refeições</b>	<b>05 refeições</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro	x			
Lar Torres de Melo				x
Casa de Nazaré				x
Associação Comunitária em Cristo Jesus	x			
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú	x			
Assoc. de Santo Antônio		X		
Assoc. Comunitária beneficente do bairro João Arruda		X		
Assoc. dos idosos do Mucuripe			x	
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Percentual</b>	<b>37,5%</b>	<b>25%</b>	<b>12,5%</b>	<b>25%</b>

Bressane (2004) realizou uma pesquisa de avaliação das condições higiênico-sanitárias na preparação da merenda escolar nas escolas públicas de Manaus, onde teve como objetivo da pesquisa, a análise das doenças de origem alimentar, que têm sido crescentes entre crianças, podendo repercutir de forma

negativa no desenvolvimento das mesmas. O resultado da pesquisa mostrou a importância de se estabelecer rotinas de treinamento, supervisão e acompanhamento por técnico responsável, de modo a garantir a segurança alimentar das pessoas.

Este fato revela que mesmo com o fornecimento de somente uma alimentação diária aos idosos na própria instituição, a mesma deverá ser saudável, pois sendo assim, a alimentação constituirá um fator importante para a preservação da saúde.

De acordo com a Portaria da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, nº. 326, de 30 de julho de 1997, que aprova o regulamento técnico "condições higiênico-sanitárias e de boas práticas de fabricação para estabelecimentos produtores/industrializadores de alimentos", item 3.13, que define pessoal tecnicamente competente/responsabilidade técnica, como sendo: o profissional habilitado a exercer atividade na área de produção de alimentos e respectivos controles de contaminantes e que possa intervir com vistas à proteção da saúde. No item 9 desta Portaria, é definido que o responsável pelo controle de alimentos deve usar metodologia apropriada de avaliação dos riscos de contaminação dos alimentos, nas diversas etapas de produção contidas no referido regulamento, e intervir sempre que necessário, com vistas a assegurar alimentos aptos ao consumo humano. O estabelecimento deve prover instrumentos necessários para os controles (BRASIL, 2006).

No entanto, na pesquisa foi constatado que 36,5% das instituições entrevistadas não possuem responsável técnico, ou seja, das oito instituições pesquisadas, cinco não possuem um responsável técnico (TABELA 2). Isto significa uma desatenção à saúde dos idosos, uma vez que a alimentação está relegada ao

segundo plano, haja vista a importância do controle realizado pelo responsável técnico na produção de alimentos livres de contaminação. Foi verificada na pesquisa a existência de pessoas preparando a refeição de forma voluntária, sem, no entanto, existir uma equipe capacitada para tal ação.

**Tabela 2 - Existência de responsável técnico nas instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro		x
Lar Torres de Melo	X	
Casa de Nazaré		x
Associação Comunitária em Cristo Jesus		x
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		x
Assoc. de Santo Antônio	X	
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda		x
Assoc. dos Idosos do Mucuripe	X	
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
<b>Percentual</b>	<b>66,5%</b>	<b>36,5%</b>

No que se refere às condições das áreas externas das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas, apresentadas na TABELA 3, obteve-se o percentual de 87,5% das cozinhas dentro do padrão determinado pela vigilância sanitária, ou seja, as instituições possuem área externa livre de objetos em desuso, inexistência de animais domésticos (cachorro, gato), ausência de focos de poeira, lixo selecionado, inexistência de água estagnada, área interna organizada, tetos e paredes de cor clara, impermeáveis, de fácil limpeza e em bom estado de conservação. Concluiu-se que, neste quesito, a maioria das instituições atende às exigências da vigilância sanitária.

**Tabela 3 - Condições das áreas externas das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro	X	
Lar Torres de Melo	X	
Casa de Nazaré	X	
Associação Comunitária em Cristo Jesus	X	
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		x
Assoc. de Santo Antônio	X	
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda	X	
Assoc. dos Idosos do Mucuripe	X	
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>1</b>
<b>Percentual</b>	<b>87,50%</b>	<b>12,50%</b>

A área interna da cozinha deve ser mantida limpa, organizada, livre de objetos em desuso ou estranhos ao ambiente. Em observação realizada durante a pesquisa, foi constatado que 62,5% das instituições geriátricas apresentam-se dentro dos padrões exigidos. Nas instituições que foram desclassificadas foi constatada, durante a visita, a existência de equipamentos quebrados que foram doados, mas que não foram para o conserto. Enfim, vasta desorganização dos equipamentos no interior da cozinha, gerando acúmulo de vetores (baratas, formigas) de contaminação alimentar (TABELA 4).

**Tabela 4 - Condições das áreas internas das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro	x	
Lar Torres de Melo	x	
Casa de Nazaré	x	
Associação Comunitária em Cristo Jesus		x
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		x
Assoc. de Santo Antônio	x	
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda	x	
Assoc. dos Idosos do Mucuripe		x
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
<b>Percentual</b>	<b>62,50%</b>	<b>37,50%</b>

Também foi possível observar que 62,5% dos tetos das cozinhas das instituições geriátricas apresentavam boa aparência, pintados de cor clara, com tinta impermeável, de fácil limpeza, sem gerar nenhum foco de contaminação para a refeição produzida (TABELA 5). É recomendado pela vigilância sanitária que, nas áreas de manipulação de alimentos, o teto deve ser constituído e/ou acabado de modo que se impeça o acúmulo de sujeira e se reduza ao mínimo a condensação e a formação de mofo, e deve ser fácil de limpar.

**Tabela 5 - Condições dos tetos das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro	x	
Lar Torres de Melo	x	
Casa de Nazaré	x	
Associação Comunitária em Cristo Jesus		x
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		x
Assoc. de Santo Antônio	x	
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda		x
Assoc. dos Idosos do Mucuripe	x	
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
<b>Percentual</b>	<b>62,5%</b>	<b>37,5%</b>

Verificou-se que, no que diz respeito às portas das cozinhas, 62,5% das edificações e instalações das instituições geriátricas pesquisadas (TABELA 6) estão fora do padrão da vigilância sanitária, necessitando que sejam executadas reformas urgentes, uma vez que a maioria das cozinhas não possui portas. Vale ressaltar que a Portaria nº. 326 do Ministério da Saúde define, no item 5.3.4., que nas áreas de manipulação de alimentos, as portas devem ser de material não absorvente e de fácil limpeza, que impeçam a entrada e o alojamento de insetos, roedores e ou pragas e

também a entrada de contaminantes do meio, tais como: fumaça, pó, vapor e outros. As portas utilizadas na entrada da cozinha impedem além da propagação de contaminantes físicos (poeira, pó), a proliferação de vetores (insetos, roedores) que contaminam a alimentação, ocasionando prejuízo para a saúde dos idosos.

A existência de portas nas cozinhas evita a proliferação de vetores, causadores de doenças, além de evitar a entrada de pessoas estranhas ao serviço sem a devida autorização.

**Tabela 6 - Condições das portas das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro	x	
Lar Torres de Melo	x	
Casa de Nazaré		x
Associação Comunitária em Cristo Jesus		x
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		x
Assoc. de Santo Antônio	x	
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda		x
Assoc. dos Idosos do Mucuripe		x
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
<b>Percentual</b>	<b>37,5%</b>	<b>62,5%</b>

Também foi possível observar que 62,5% das instituições geriátricas não possuem janelas nas cozinhas e, naquelas que possuem janelas (37,5%), as mesmas são desprovidas de telas de proteção contra insetos e roedores. As janelas e outras aberturas devem ser construídas de maneira que se evite o acúmulo de sujeira e as que se comunicam com o exterior devem ser providas de proteção anti-pragas. As proteções devem ser de fácil limpeza e boa conservação. Vale ressaltar que a ausência de telas nas janelas, favorece a contaminação alimentar e requer um controle maior



com dedetizações freqüentes, como forma de garantir um alimento próprio para o consumo humano (TABELA 7).

**Tabela 7 - Condições das janelas das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro	X	
Lar Torres de Melo	X	
Casa de Nazaré	x	
Associação Comunitária em Cristo Jesus		x
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		x
Assoc. de Santo Antônio		x
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda		x
Assoc. dos Idosos do Mucuripe		x
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
<b>Percentual</b>	<b>37,5%</b>	<b>62,5%</b>

As condições de higienização das instalações das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas, representadas na TABELA 8, apresentam um percentual de 62,5% dentro do padrão recomendado pela vigilância sanitária, no que se refere à existência de um responsável pela higienização, freqüência da ação, disponibilidade de produtos, guarda de produtos de limpeza em local seguro e adequado, disponibilidade de escovas, esponjas de uso exclusivo para a higienização, utensílios de higienização em bom estado de conservação. Vale ressaltar, que nenhuma instituição apresentou o registro da higienização, bem como um calendário da freqüência da higienização das instalações. Nas instituições que se apresentaram fora do padrão recomendado, foi constatado que a higienização das instalações é bastante deficiente, pois as mesmas não dispõem em quantidade e qualidade produtos, pessoal e utensílios para a realização da ação. Este fato é um agente complicador para a produção e distribuição

de alimentos de boa qualidade higiênica para os idosos, para a preservação da sua saúde.

**Tabela 8 - Condições de higienização das instalações das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro	x	
Lar Torres de Melo	x	
Casa de Nazaré	x	
Associação Comunitária em Cristo Jesus		x
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		x
Assoc. de Santo Antônio	x	
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda		x
Assoc. dos Idosos do Mucuripe	x	
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
<b>Percentual</b>	<b>62,5%</b>	<b>37,5%</b>

Observou-se que nos itens que se referem à ventilação e climatização; iluminação e energia elétrica; e ao estado de saúde dos manipuladores de alimentos das cozinhas, todos estão dentro dos padrões especificados pela vigilância sanitária, contribuindo com a qualidade na refeição servida para seus usuários, conforme descrição na TABELA 9.

A presença do sistema de ventilação em pleno funcionamento favorece a troca de ar e conseqüentemente ajuda a prevenir possíveis contaminações. A ventilação e a circulação do ar das cozinhas garantem um conforto térmico e o ambiente livre de fungos, bolores, gases, fumaça, pós, partículas em suspensão e condensação de vapores. Nenhuma instituição possui sistema de exaustão (coifas), portanto não foram aplicadas as perguntas em relação ao registro periódico dos procedimentos de limpeza, ao sistema de exaustão e captação de direção da corrente de ar.

Em se tratando de iluminação e energia elétrica, as instituições apresentam: iluminação artificial ou natural. As luminárias que estavam sobre os equipamentos não possuíam proteção contra quedas e se encontravam em bom estado de conservação, tendo as instalações elétricas embutidas. Foi recomendada a troca das luminárias simples por luminárias com proteção para evitar a contaminação do alimento quando da existência de quebras ou explosão.

**Tabela 9 - Condições de ventilação e climatização; iluminação e energia elétrica; das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro	x	
Lar Torres de Melo	x	
Casa de Nazaré	x	
Associação Comunitária em Cristo Jesus	x	
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú	x	
Assoc. de Santo Antônio	x	
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda	x	
Assoc. dos Idosos do Mucuripe	x	
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>0</b>
<b>Percentual</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>

A TABELA 10 mostra o resultado da pesquisa em relação à condição do piso das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas, onde somente 50% das mesmas estão dentro dos padrões permitidos, ou seja, apenas quatro instituições, das oito pesquisadas apresentaram resultados dentro dos padronizados pela legislação da vigilância sanitária.

O Ministério da Saúde preconiza que nas áreas de manipulação de alimentos, os pisos devem ser de material resistente ao trânsito, impermeáveis, laváveis e antiderrapantes, não possuir frestas e serem fáceis de limpar ou desinfetar. Os

líquidos devem escorrer até os ralos (que devem ser do tipo sifão ou similar), impedindo a formação de poças.

O que se observou nas instituições que estavam fora do padrão foi piso constituído de cimento, escorregadio, de cor escura, sem a presença de ralo, com rachaduras. Este fato dificulta a operação de limpeza e desinfecção, uma vez que não se pode observar a existência de sujo, e é difícil efetuar uma lavagem na cozinha com a ausência de ralos. A presença de rachadura no piso facilita a proliferação de insetos e roedores, pois estes espaços funcionam como abrigos para vetores. É necessário que o piso da instituição esteja em bom estado de conservação, para a produção e distribuição de alimentos saudáveis, pois além da aparência de limpeza, impede a proliferação de vetores de contaminação de alimentos.

**Tabela 10 - Condições do piso das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro		X
Lar Torres de Melo	X	
Casa de Nazaré	x	
Associação Comunitária em Cristo Jesus		X
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		X
Assoc. de Santo Antônio	x	
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda		X
Assoc. dos Idosos do Mucuripe	x	
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Percentual</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>

O Ministério da Saúde, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, orienta que nas áreas de manipulação de alimentos, as paredes devem ser revestidas de materiais impermeáveis, laváveis e de cores claras. Devem ser lisas, sem frestas,

fáceis de limpar e desinfetar, até uma altura adequada para todas as operações. Os ângulos entre as paredes e o piso e entre as paredes e o teto devem ser abaulados e herméticos para facilitar a limpeza. Nas plantas, deve-se indicar a altura da parede que será impermeável.

Conforme descrito na TABELA 11, apenas as instituições Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro, Lar Torres de Melo, Casa de Nazaré e Associação dos Idosos do Mucuripe apresentaram resultados da pesquisa de acordo com o recomendado acima. O maior agravo apresentado pelas instituições que não atenderam às recomendações, foi a inexistência de material impermeável (azulejos) lavável e de cor clara no revestimento das paredes, podendo gerar contaminação alimentar para a produção e distribuição da refeição, por meio de descascamento das paredes, sujeira e ausência de limpeza das mesmas por falta de material lavável.

**Tabela 11 - Condições das paredes e divisórias das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro	X	
Lar Torres de Melo	X	
Casa de Nazaré	X	
Associação Comunitária em Cristo Jesus		X
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		X
Assoc. de Santo Antônio		X
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda		X
Assoc. dos Idosos do Mucuripe	X	
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Percentual</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>

Também foi possível verificar que quanto ao manejo de resíduo das cozinhas das instituições geriátricas, TABELA 12, 50% das instituições avaliadas estavam dentro das recomendações da vigilância sanitária, ou seja, executavam o manejo de resíduo

de forma correta, realizando a retirada freqüente de resíduo da área de produção de alimentos, dispondo de meios para o armazenamento de lixo em recipientes de fácil higienização, com uso de sacos de lixo, antes da sua eliminação, de modo a impedir o ingresso de pragas e evitar a contaminação das matérias-primas, do alimento, da água potável, do equipamento e dos edifícios ou das vias de acesso aos locais. Nas instituições onde não existe um controle de manejo de resíduo, o lixo é acondicionado em recipientes sem tampa, sem saco plástico e não existe local apropriado para a guarda do lixo, o mesmo é depositado na calçada da instituição, para o recolhimento do carro de coleta urbana, quando não é jogado no fundo do quintal para a queima. Vale ressaltar que a guarda de resíduo em local não apropriado facilita a proliferação de vetores (moscas, baratas e ratos), ocasionando contaminação do ambiente, alimentos e água, bem como a disseminação de doenças como a leptospirose.

**Tabela 12 - Condições do manejo de resíduos das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro	x	
Lar Torres de Melo	x	
Casa de Nazaré	x	
Associação Comunitária em Cristo Jesus		x
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		x
Assoc. de Santo Antônio	x	
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda		x
Assoc. dos Idosos do Mucuripe		x
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Percentual</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>

Já com relação ao esgotamento sanitário das cozinhas das instituições geriátricas, foi possível observar que 75% das mesmas estão dentro do padrão exigido pela vigilância sanitária, ou seja, com esgotamento sanitário dotado de fossas, esgotos

conectados à rede pública, caixas de gordura em bom estado de conservação e funcionamento. Este procedimento evita a contaminação do alimento por meio de agentes físicos (vidros) e agentes biológicos (bactérias), protegendo assim, a alimentação dos idosos (TABELA 13).

**Tabela 13 - Condições do esgotamento sanitário das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro	x	
Lar Torres de Melo	x	
Casa de Nazaré	x	
Associação Comunitária em Cristo Jesus	x	
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		x
Assoc. de Santo Antônio	x	
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda	x	
Assoc. dos Idosos do Mucuripe		x
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
<b>Percentual</b>	<b>75%</b>	<b>25%</b>

Com relação aos dados observados e analisados na TABELA 14, que se refere aos hábitos higiênicos, estado de saúde dos manipuladores e programa de controle de saúde dos manipuladores, lavatório na área de produção de alimentos e abastecimento de água das cozinhas, todas as instituições geriátricas pesquisadas apresentaram resultados fora do recomendado pela vigilância sanitária.

O estado de saúde dos manipuladores de alimentos foi pesquisado através de observação direta, onde alguns funcionários apresentavam afecções cutâneas, feridas e supurações, sintomas e infecções respiratórias, gastrintestinais, indicando que presença de doenças.

Quanto aos hábitos higiênicos e sanitários dos manipuladores de alimentos responsáveis pela produção e distribuição das refeições, as deficiências encontradas foram, principalmente, nos seguintes aspectos: falta de lavagens cuidadosas das mãos antes de preparar os alimentos, ausência de cartazes de orientação sobre os principais hábitos higiênicos que devem ser realizados pelos manipuladores, uso de unhas grandes com esmaltes, uso de adornos e existência de fumantes.

Conforme relato de Silva Junior (2001), é imprescindível que o manipulador de alimentos apresente bons hábitos higiênicos e sanitários durante a produção de alimentos, como forma de garantir uma alimentação saudável, livre de contaminação. Para que o alimento produzido se mantenha livre de contaminação, é necessário que o manipulador tenha boa aparência pessoal (cabelos curtos, unhas aparadas, sem esmalte, sem uso de adornos, uso de proteção de cabelos), e que não pratique atos (não cuspir, não tossir, não espirrar perto do alimento, não fumar) que possam contaminar o alimento.

Verificou-se na pesquisa que nenhuma instituição apresenta programa de controle de saúde para os manipuladores de alimentos, pré-requisito necessário para as boas práticas de fabricação dos alimentos.

A Portaria nº. 326 do Ministério da Saúde, item 7, descreve a situação da saúde dos manipuladores de alimentos da seguinte maneira:

A constatação ou suspeita de que o manipulador apresenta alguma enfermidade ou problema de saúde, que possa resultar na transmissão de perigos aos alimentos, ou mesmo o fato de ser portador ou não, deve impedi-lo de entrar em qualquer área de manipulação ou operação com alimentos, se existir a probabilidade da contaminação destes (BRASIL, 2006).



As pessoas que mantêm contatos com alimentos devem submeter-se a exames médicos e laboratoriais, que avaliem a sua condição de saúde, antes do início de sua atividade, e/ou periodicamente, após o início das mesmas. Todas as medidas devem ser tomadas para que não se permita a ninguém que apresente feridas infectadas, infecções cutâneas, chagas ou diarreias, trabalhar em qualquer área de manipulação de alimentos, com microorganismos patógenos, até que obtenha alta médica. Ninguém que apresente ferida pode manipular alimentos ou superfícies que entrem em contato com alimentos.

A inexistência de lavatório na área de produção de alimentos em todas as instituições indica que as mãos dos manipuladores de alimentos são higienizadas em locais desapropriados. A regulamentação exige que, nas áreas de produção de alimentos, exista lavatório exclusivo para a lavagem das mãos dos manipuladores de alimentos, provida de água corrente, dotada de sabão e toalha. A mão é um instrumento de contaminação alimentar de larga escala, pois conduz microorganismos de todos os tipos para todos os produtos produzidos na cozinha.

Verificou-se o grande problema do fornecimento de água potável para a produção e distribuição dos alimentos, pois em todas as instituições pesquisadas, o abastecimento de água para a produção da refeição era proveniente do sistema de abastecimento de água misto, ligado à rede pública ou poço, ou cacimba, com sistema de captação própria (caixa de água), sem nenhum controle da potabilidade da água.

Como a caixa de água estava situada em local não acessível, não foi possível realizar uma vistoria mais detalhada. No entanto, vale ressaltar que é recomendado pela Vigilância Sanitária, que quando a água tem procedência duvidosa

(poço, cacimba ou acesso restrito à caixa de água) se torna necessário um controle rigoroso da potabilidade da água, antes da sua distribuição para o consumo humano.

Foi observado, que nenhuma instituição apresentou o laudo de potabilidade da água, bem como a planilha de limpeza da caixa de água, requisito indispensável para a garantia da qualidade das refeições servidas. É imprescindível um controle freqüente da potabilidade da água e da limpeza da caixa de água.

A Resolução nº. 216 do Ministério da Saúde, de 15 de setembro de 2004, dispõe sobre o regulamento técnico de boas práticas para serviços de alimentação. O item 4.4. trata do abastecimento de água, e faz a seguinte recomendação:

O reservatório de água deve ser edificado e/ou revestido de materiais que não comprometam a qualidade da água; deve estar livre de rachaduras, vazamentos, infiltrações, descascamentos, dentre outros defeitos e em adequado estado de higiene e conservação e estar devidamente tampado; o reservatório de água deve ser higienizado, em um intervalo máximo de seis meses, devendo ser mantidos registros da operação de sistema alternativo; a água deve ser analisada de seis em seis meses (BRASIL, 2006).

Na pesquisa foi verificado que toda a distribuição da água era realizada através de tubulação hidráulica, em estado satisfatório e com ausência de infiltrações e interconexões, evitando a contaminação cruzada de água potável e não potável.

**Tabela 14 - Condições dos hábitos higiênicos; estado de saúde dos manipuladores programa de controle de saúde dos manipuladores; lavatório na área de produção de alimentos; e abastecimento de água das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro		x
Lar Torres de Melo		x
Casa de Nazaré		x
Associação Comunitária em Cristo Jesus		x
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		x
Assoc. de Santo Antônio		x
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda		x
Assoc. dos Idosos do Mucuripe		x
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
<b>Percentual</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>

A TABELA 15 retrata a análise da pesquisa em relação ao controle integrado de vetores e pragas urbanas, sendo o resultado encontrado bastante preocupante, pois 62,5% das instituições geriátricas pesquisadas, não adotam medidas preventivas e corretivas, com o objetivo de impedir a atração, o abrigo, o acesso e/ou proliferação de vetores e pragas urbanas. Em muitos lugares, havia vestígios da existência de vetores e pragas urbanas, como: fezes e ninhos de baratas. Não havia registro de comprovantes de empresa especializada para o controle químico.

**Tabela 15 - Condições do controle integrado de vetores e pragas urbanas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro	X	
Lar Torres de Melo	X	
Casa de Nazaré	X	
Associação Comunitária em Cristo Jesus		x
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		x
Assoc. de Santo Antônio		x
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda		x
Assoc. dos Idosos do Mucuripe		x
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
<b>Percentual</b>	<b>37,5%</b>	<b>62,5%</b>

Com relação ao acesso à cozinha das instituições geriátricas, somente duas instituições apresentaram um acesso correto livre, direto, sem acesso às dependências da instituição. Nas outras instituições visitadas, para se chegar à área de produção de alimentos, é necessário passar pelo interior da instituição, ou seja, não existe uma entrada exclusiva para o recebimento de mercadorias (TABELA 16). É importante que o acesso de pessoas estranhas à cozinha seja rigoroso, pois evita a contaminação alimentar e facilita o bom desempenho dos funcionários.

**Tabela 16 - Condições do acesso às cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro		x
Lar Torres de Melo		x
Casa de Nazaré		x
Associação Comunitária em Cristo Jesus		x
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú	x	
Assoc. de Santo Antônio		x
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda		x
Assoc. dos Idosos do Mucuripe	x	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>6</b>
<b>Percentual</b>	<b>25%</b>	<b>75%</b>

No que se refere às instalações sanitárias para visitantes das cozinhas das instituições geriátricas (TABELA 17), foi demonstrado que 87% das mesmas possuem instalações sanitárias para visitantes dentro dos padrões estabelecidos pela vigilância sanitária, ou seja, instaladas com total independência da área de produção e estavam limpas e higienizadas.

**Tabela 17 - Condições das instalações sanitárias para visitantes das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro		x
Lar Torres de Melo	x	
Casa de Nazaré	x	
Associação Comunitária em Cristo Jesus	x	
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú	x	
Assoc. de Santo Antônio	x	
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda	x	
Assoc. dos Idosos do Mucuripe	x	
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>1</b>
<b>Percentual</b>	<b>87,5%</b>	<b>12,5%</b>

Os resultados da pesquisa em relação aos vestuários dos manipuladores de alimentos mostraram que 87,5% das instituições geriátricas pesquisadas não fornecem uniformes de trabalho de cor clara, adequados às atividades e exclusivos para a área de produção. Na maioria das instituições, os funcionários trabalham com a roupa que chegam de casa, sem a menor preocupação de a vestimenta ser um agente contaminador dos alimentos (TABELA 18).

Segundo relato de Miranda (1998), para se manter a qualidade de higiene em um serviço de alimentação, é necessário que cada funcionário tenha consciência da

importância do uso de fardamento limpo e de sua troca diária, evitando-se, assim, a contaminação do alimento pelo uniforme sujo ou mal higienizado. O uniforme de trabalho deve ser de uso exclusivo do serviço, devendo o mesmo ser de uso preferencialmente dentro da cozinha.

**Tabela 18 - Condições dos vestuários dos manipuladores das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro		x
Lar Torres de Melo	x	
Casa de Nazaré		x
Associação Comunitária em Cristo Jesus		x
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		x
Assoc. de Santo Antônio		x
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda		x
Assoc. dos Idosos do Mucuripe		x
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>7</b>
<b>Percentual</b>	<b>12,50%</b>	<b>87,50%</b>

De acordo com o resultado apresentado na TABELA 19, que diz respeito às condições das instalações sanitárias para manipuladores das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas, foi diagnosticado que somente 50% das mesmas apresentam-se dentro das recomendações estabelecidas pela vigilância sanitária.

O Ministério da Saúde, por meio da vigilância sanitária, recomenda que em todos os estabelecimentos existam vestiários, banheiros e quartos de limpeza adequados, convenientemente situados, garantindo a eliminação higiênica das águas residuais. Esses locais devem estar bem iluminados e ventilados, de acordo com a legislação, sem comunicação direta com o local onde são manipulados os alimentos.

O lavabo deve estar situado junto aos vasos sanitários e ser localizado, de tal modo, que o pessoal tenha que passar junto a eles, antes de voltar para área de manipulação. Devem ser construídos lavabos com água fria ou fria e quente, providos de elementos adequados (sabonete líquido, detergente, desinfetante, entre outros) para lavagem das mãos em meios higiênicos convenientes para sua secagem. Não será permitido o uso de toalhas de pano. No caso de se usar toalhas de papel, deve haver um controle da qualidade higiênico-sanitária e não deve haver acionamento manual para essas toalhas.

Deve ser colocado cartaz orientando o pessoal sobre a obrigatoriedade e a forma correta de lavar as mãos, após o uso do sanitário. Baseado no relato acima, a pesquisa detectou que apenas a Instituição Lar Torres de Melo estava dentro dos padrões recomendados. No restante das instituições, o banheiro ou vestuário dos manipuladores de alimento era o mesmo para os assistidos pela instituição. Ressalta-se que a existência de banheiro exclusivo evita a proliferação de doenças e, conseqüentemente, a contaminação dos alimentos produzidos.

**Tabela 19 - Condições das instalações sanitárias para manipuladores das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro		x
Lar Torres de Melo	x	
Casa de Nazaré	x	
Associação Comunitária em Cristo Jesus		x
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		x
Assoc. de Santo Antônio	x	
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda		x
Assoc. dos Idosos do Mucuripe	x	
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Percentual</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>

Para que se obtenha uma produção de alimentos de forma segura e adequada, é necessário que se tenha um *layout* da linha de confecção da refeição dentro dos padrões estabelecidos, ou seja, as dependências em número, capacidade e de acordo com o ramo de atividade e volume de produção das refeições. As áreas de armazenamento, produção e distribuição do alimento devem ser bem distintas e separadas das áreas de recepção, depósito de matérias primas e ingredientes.

Baseado na recomendação acima, somente três instituições geriátricas atendem à recomendação. O restante das instituições possui uma área de produção de alimentos compacta, sem separação de áreas de trabalho de acordo com a atividade e volume de produção (TABELA 20).

**Tabela 20 - Condições do *layout* das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro		x
Lar Torres de Melo	x	
Casa de Nazaré	x	
Associação Comunitária em Cristo Jesus		x
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		x
Assoc. de Santo Antônio		x
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda		x
Assoc. dos Idosos do Mucuripe	x	
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
<b>Percentual</b>	<b>37,50%</b>	<b>62,50%</b>

Com relação aos equipamentos da área de produção de alimentos das instituições geriátricas pesquisadas, foi constatado que 75% das mesmas estão dentro dos padrões (TABELA 21), ou seja, possuem equipamentos em número suficiente, com



higienização adequada, em bom estado de conservação, existência de equipamentos de conservação de alimentos (geladeira, *freezers* etc.).

Vale ressaltar que, em relação aos equipamentos, embora os mesmos estejam em quantidade suficiente e em bom estado de conservação, não há preocupação por parte dos manipuladores em manter atualizados os registros de temperatura dos equipamentos, bem como um programa de manutenção preventiva e calibração dos mesmos, pois tais procedimentos constituem uma ação importante para a manutenção e durabilidade do equipamento, e conseqüentemente a boa conservação dos alimentos.

As duas instituições que apresentaram resultados insatisfatórios na pesquisa são deficientes em equipamentos de cozinha, com destaque para: *freezer*, liquidificador, batedeira de bolo, forno, armários, dentre outros, o que dificulta o processamento e a produção de algumas receitas, bem como, a conservação de produtos perecíveis.

**Tabela 21 - Condições dos equipamentos das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro	x	
Lar Torres de Melo	x	
Casa de Nazaré	x	
Associação Comunitária em Cristo Jesus	x	
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		x
Assoc. de Santo Antônio	x	
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda		x
Assoc. dos Idosos do Mucuripe	x	
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
<b>Percentual</b>	<b>75%</b>	<b>25%</b>

Com relação às condições dos móveis das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas, TABELA 22 foi constatado que três instituições não apresentam as mesas, bancadas, vitrines e estantes em número suficiente, fabricada de material liso, apropriado, resistente, impermeável em adequado estado de conservação. Este fato acarreta na dificuldade na qualidade da refeição servida, uma vez que fica comprometida a distribuição da refeição, bem como o processo de produção da mesma, pois ambas necessitam de mesas e bancadas para o pleno desenvolvimento da ação.

**Tabela 22 - Condições dos móveis das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro	x	
Lar Torres de Melo	x	
Casa de Nazaré	x	
Associação Comunitária em Cristo Jesus		X
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		X
Assoc. de Santo Antônio	x	
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda		X
Assoc. dos Idosos do Mucuripe	x	
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
<b>Percentual</b>	<b>62,5%</b>	<b>37,5%</b>

Também foi possível observar que 75% dos utensílios usados nas instituições geriátricas pesquisadas (TABELA 23) são fabricados de material não contaminante, resistente à corrosão, de tamanho e forma que permitem fácil higienização, em adequado estado de conservação e funcionamento, em número suficiente e conforme o tipo de operação utilizada. Todos estavam armazenados em local apropriado, de forma organizada e protegidos contra a contaminação.

**Tabela 23 - Condições dos utensílios das cozinhas instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro	x	
Lar Torres de Melo	x	
Casa de Nazaré	x	
Associação Comunitária em Cristo Jesus	x	
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		X
Assoc. de Santo Antônio	x	
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda		X
Assoc. dos Idosos do Mucuripe	x	
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
<b>Percentual</b>	<b>75%</b>	<b>25%</b>

No que diz respeito à TABELA 24, que apresenta a higienização dos equipamentos e maquinários e dos móveis e utensílios, apenas duas das oito instituições avaliadas apresentaram-se fora do padrão exigido pela vigilância sanitária. Os fatos mais relevantes são: não existe uma frequência de higienização, produtos de higienização guardados em local desapropriados, produtos de limpeza de péssima qualidade, não existe padronização do uso e diluição do produto e principalmente falta de controle higiênico por parte dos funcionários ao lavar os utensílios.

Segundo a Portaria nº. 326 do Ministério da Saúde, item 6.2.3., devem ser tomadas precauções adequadas para impedir a contaminação dos alimentos, quando as áreas, os equipamentos e os utensílios forem limpos ou desinfetados com águas ou detergentes ou com desinfetantes ou soluções destes. Os detergentes e desinfetantes devem ser adequados para esta finalidade e devem ser aprovados pelo órgão oficialmente competente. Os resíduos destes agentes que permaneçam em superfície suscetível de entrar em contato com alimento devem ser eliminados mediante uma lavagem cuidadosa com água potável, antes que volte a ser utilizada para a

manipulação de alimentos. Devem ser tomadas precauções adequadas na limpeza e desinfecção, quando se realizem operações de manutenção geral ou particular, em qualquer local do estabelecimento, equipamentos, utensílios ou qualquer elemento que possa contaminar o alimento. Este fato é bastante preocupante, pois se entende que o idoso, devido à sensibilidade do organismo, necessita se alimentar corretamente com alimentos livres de contaminação química (produtos de limpeza). Este fato deverá ser corrigido imediatamente.

**Tabela 24 - Condições da higienização dos equipamentos das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro	x	
Lar Torres de Melo	x	
Casa de Nazaré	x	
Associação Comunitária em Cristo Jesus	x	
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		X
Assoc. de Santo Antônio	x	
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda		X
Assoc. dos Idosos do Mucuripe	x	
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
<b>Percentual</b>	<b>75%</b>	<b>25%</b>

Também foi possível constatar na TABELA 25, que em relação ao programa de capacitação dos manipuladores das cozinhas das instituições geriátricas, 50% das instituições não apresentam um programa de capacitação realizado com os seus manipuladores de alimentos. Metade das instituições não realiza treinamento de higiene pessoal e manipulação dos alimentos de forma adequada para seus funcionários e nem tão pouco existe supervisão por pessoa capacitada para o bom andamento do trabalho. Este quesito é de suma importância para a manutenção da qualidade higiênica e

sanitária dos alimentos. Para que haja uma produção de alimentos saudáveis, sem riscos para a saúde, é necessário que os manipuladores de alimentos tenham um conhecimento básico sobre contaminação de produtos, áreas e serviços, necessitando para tanto de capacitações freqüentes.

**Tabela 25 - Programa de capacitação dos manipuladores das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro	x	
Lar Torres de Melo	x	
Casa de Nazaré		X
Associação Comunitária em Cristo Jesus		X
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		X
Assoc. de Santo Antônio		X
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda	x	
Assoc. dos Idosos do Mucuripe	x	
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Percentual</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>

Na TABELA 26, é possível conhecer o tipo de matéria-prima, ingredientes e embalagens utilizados na produção dos alimentos oferecidos nas instituições geriátricas pesquisadas. Obteve-se um resultado satisfatório onde 62,5% das instituições estão dentro do padrão de qualidade das boas práticas de fabricação de alimentos, ou seja, a operação de recebimento da matéria prima é realizada em local protegido, isolado da área de processamento, todos os produtos são inspecionados no momento do recebimento, existem critérios de seleção das mercadorias recebidas, o armazenamento dos produtos é realizado de maneira correta, áreas separadas para a produção dos alimentos e controle de circulação e acesso de pessoal.

**Tabela 26 - Condições da matéria-prima, ingredientes e embalagens dos produtos das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro		X
Lar Torres de Melo	x	
Casa de Nazaré	x	
Associação Comunitária em Cristo Jesus	x	
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		X
Assoc. de Santo Antônio	x	
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda		X
Assoc. dos Idosos do Mucuripe	x	
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
<b>Percentual</b>	<b>62,5%</b>	<b>37,5%</b>

Os resultados da pesquisa, em relação ao fluxo da produção da refeição das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas, descritos na TABELA 27, mostraram que somente três instituições estão dentro do padrão recomendado pela vigilância sanitária. As outras cinco instituições apresentam áreas de pré-preparo (área suja) junto com o a área de preparo da alimentação, o que poderá ocasionar contaminação cruzada do alimento cru com o alimento cozido. Também as cinco instituições não apresentaram um controle na circulação de pessoal na cozinha, propiciando a contaminação dos alimentos produzidos por pessoas estranhas ao serviço. O fluxo da produção do alimento era realizado de forma desordenada com muitos cruzamentos, o que dificultava bastante a produtividade das pessoas na realização das ações.

Vale salientar que nenhuma das instituições avaliadas apresentou conservação adequada para os alimentos destinados ao re-processamento, ou seja, não possuem um controle de sobras limpas de alimentos para o reaproveitamento, mas conforme observação, a produção é feita de acordo com o número de comensais, não havendo sobras limpas de alimentos para o reaproveitamento.

**Tabela 27 - Condições do fluxo de produção da refeição das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas. Fortaleza, 2006**

<b>Instituições geriátricas pesquisadas</b>	<b>Dentro do Padrão</b>	<b>Fora do padrão</b>
Fundação Infante Idoso Ana Pereira Pinheiro	x	
Lar Torres de Melo	x	
Casa de Nazaré	x	
Associação Comunitária em Cristo Jesus		X
Assoc. Grupal dos Moradores do Genibaú		X
Assoc. de Santo Antônio		X
Assoc. Comunitária Beneficente do Bairro João Arruda		X
Assoc. dos Idosos do Mucuripe		X
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
<b>Percentual</b>	<b>62,50%</b>	<b>37,50%</b>

No bloco da lista de verificação que se refere à rotulagem de alimentos, controle de qualidade do produto final, transporte do produto final e documentação, em todos os questionários aplicados as respostas foram negativas, indicando que não existe a prática de tais procedimentos na produção das refeições.

Vale ressaltar que estes itens são de grande importância para o controle de qualidade dos produtos servidos, uma vez que se trata do manual de boas praticas (documento de descrição dos procedimentos) e os procedimentos operacionais padronizados que indicam a padronização na elaboração dos produtos oferecidos.

Em relação à documentação necessária para a produção e distribuição de alimentos, ou seja, o manual de boas práticas de fabricação e os procedimentos operacionais padronizados, que se constituem em instrumentos necessários para o controle higiênico-sanitário do serviço de alimentação, os mesmos não foram apresentados por nenhuma instituição.

Em pesquisa realizada com uma amostra de 19.068 idosos, desenvolvida, em 1998, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e apresentada pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), que relata a saúde dos idosos

com idade superior a 65 anos, os resultados demonstram que mesmo a pequena diferença de renda familiar entre idosos repercute em piores situações de saúde e menor acesso aos serviços de atendimento ao idoso no Brasil (LIMA-COSTA *et al.*, 2003). Daí a necessidade da implantação de políticas públicas voltadas para o atendimento ao idoso, uma vez que sua renda familiar não permite a inclusão deste tipo de benefício na sua vida.

As boas práticas de fabricação dos alimentos são consideradas como um meio de melhorar as condições sanitárias das cozinhas e promover a saúde das pessoas que chegam à terceira idade. O modo como é produzida a alimentação, os hábitos e preferências alimentares dos idosos, sua condição socioeconômica e psicológica interferem diretamente na qualidade de vida dos mesmos.



## 5. CONCLUSÃO

Considerando-se os resultados obtidos neste estudo, ressalta-se que:

1. Das 08 instituições geriátricas pesquisadas, apenas 02 oferecem as cinco refeições aos seus assistidos; 03 oferecem somente uma refeição diária; 02 oferecem duas refeições diárias; e apenas 01 instituição oferece três refeições diárias.
2. Com relação à existência de responsável técnico para supervisionar a produção dos alimentos nas instituições geriátricas, foi constatado que 65% das instituições entrevistadas não possuem o responsável técnico, sugerindo desta forma ausência de acompanhamento técnico na fabricação e produção da refeição. Vale ressaltar a importância desse profissional, em função do seu amplo conhecimento em relação às boas práticas de fabricação dos alimentos, bem como, quanto ao seu papel educativo, no sentido de orientar não somente os funcionários, mas também, prestando um serviço de qualidade para a produção de alimentos saudáveis e livres de contaminação.
3. Quanto às condições das áreas externas das cozinhas, observou-se que 87,5% das instituições estão dentro do padrão estabelecido pela vigilância sanitária.
4. Em relação à área interna das cozinhas, no que diz respeito à limpeza, organização, ausência de objetos em desuso ou estranhos ao ambiente, 62,5% das instituições apresentou resultados satisfatórios dentro das normas estabelecidas pela vigilância sanitária.

5. No quesito referente às condições de infra-estrutura, em relação à conservação e aspecto do teto das cozinhas, 62,5% das instituições apresentavam os mesmos com boa aparência, pintados de cor clara, com tinta impermeável, de fácil limpeza, sem gerar nenhum foco de contaminação para a refeição produzida.
6. 62,5% das cozinhas das instituições não possuem portas e telas nas janelas, ficando assim as mesmas fora do padrão recomendado pela vigilância sanitária. Este fato contribui para a proliferação de insetos, roedores e contaminantes do meio ambiente (fumaça, pó, vapor e outros) que contaminam a alimentação servida.
7. Do ponto de vista higiênico e sanitário, quanto à higienização das instalações das cozinhas, 62,5% apresentaram resultados dentro do padrão praticado pela vigilância sanitária. No entanto, constatou-se a ausência de registro e calendário da frequência de higienização das instalações. Vale ressaltar que as instituições que não obtiveram resultados satisfatórios, apresentaram higiene bastante deficiente, pois não dispõem em quantidade e qualidade de produto de limpeza, pessoal e utensílios para a realização da ação.
8. Quanto às condições de ventilação e climatização, iluminação e energia elétrica, todas as instituições apresentaram resultados dentro do padrão estabelecido pela vigilância sanitária.
9. Em relação à infra-estrutura de piso e paredes, 50% das instituições estão dentro dos padrões permitidos. No entanto, nas instituições que estão fora do padrão, se torna necessário uma intervenção urgente, pois o piso é constituído de material escorregadio, com rachaduras, sem presença de ralos, sendo as

paredes constituídas de material que se decompõe com facilidade, podendo acontecer contaminação alimentar, por meio de descascamento, presença de sujeira, e por não ser o mesmo constituído de material lavável (azulejo).

10. O esgotamento sanitário das instituições geriátricas pesquisadas ocorre dentro do padrão em 50% das mesmas. Vale ressaltar que nas instituições que apresentaram resultados fora do padrão recomendado, o lixo está sendo acondicionado em recipientes sem tampas, depositado na calçada da instituição ou jogado no fundo do quintal para incineração. Este procedimento acarreta danos para a população assistida, uma vez que, propícia a contaminação da produção da refeição pela proliferação de insetos e roedores.
11. Quanto ao requisito de esgotamento sanitário, as instituições pesquisadas apresentavam-se 75% dentro do padrão recomendado pela vigilância sanitária.
12. O programa e o estado de saúde dos manipuladores que produzem refeições nas instituições geriátricas foram pesquisados através de observação direta e solicitação de documentos comprobatórios da realização de exames periódicos. Entretanto, 100% das instituições pesquisadas apresentavam-se fora do padrão. Vale ressaltar, que é preconizado pelo Ministério da Saúde, a necessidade do acompanhamento da saúde por meio de exames laboratoriais. No entanto, os mesmos não foram apresentados por nenhuma instituição.
13. Quanto às condições dos hábitos higiênicos dos manipuladores de alimentos, 100% das instituições pesquisadas estavam fora do padrão. Este fato é bastante preocupante, pois o manipulador de alimentos é a peça fundamental para a produção do alimento seguro, quando as boas práticas de fabricação deverão

ser utilizadas com bastante responsabilidade. Para a reversão deste fato, torna-se urgente a implantação de curso de capacitação em boas práticas para todos os manipuladores de alimentos.

14. Em relação ao abastecimento de água das cozinhas pesquisadas, nenhuma realiza o controle sanitário da água utilizada para a produção das refeições, haja visto, que a mesma é proveniente do sistema de abastecimento público. Poços e cacimbas permanecem sem nenhum acompanhamento da potabilidade da água. Este fato poderá causar danos à saúde por meio do consumo de água contaminada.
15. Do ponto de vista da existência de lavatório na área de produção, 100% das instituições geriátricas não estavam dentro do padrão. Havia um desconhecimento dos manipuladores em relação à necessidade da existência de lavatórios exclusivos para lavagem de mãos dentro da cozinha.
16. Em relação ao controle integrado de pragas, foi constatado que 62,5% das instituições geriátricas pesquisadas estavam fora do padrão recomendado, ou seja, não adotavam medidas de prevenção para evitar a proliferação de insetos, baratas, roedores, etc.
17. No que se refere ao acesso às cozinhas, 75% das instituições estão fora do padrão estabelecido. As instituições não dispõem de uma entrada exclusiva para a área de produção de alimentos para os fornecedores e visitantes.
18. 87,5% das instituições geriátricas pesquisadas dispõem de instalações sanitárias para visitantes, estando em bom estado de conservação e higiene.

19. No tocante às condições dos vestuários dos manipuladores de alimentos, 87,5% das instituições geriátricas não disponibilizam fardamento limpo com troca diária para os funcionários. A grande maioria dos funcionários usa a mesma vestimenta que chega ao trabalho.
20. Quanto às condições das instalações sanitárias para os manipuladores de alimentos, foi constatado na pesquisa que 50% das instituições estão dentro do padrão recomendado pela vigilância sanitária.
21. Do ponto de vista da organização estrutural das cozinhas, mais precisamente do *layout* da linha de produção da refeição, somente três instituições atendem às recomendações.
22. Em relação aos equipamentos e utensílios de cozinha disponíveis para a produção dos alimentos fornecidos nas instituições geriátricas, foi observado que 75% das mesmas possuem equipamentos e utensílios em número suficiente, fabricados de material não contaminante, resistente à corrosão, com higienização adequada e em bom estado de conservação. Embora não seja disponibilizado por parte dos gestores, um programa de manutenção preventiva e calibração dos equipamentos.
23. Quanto às condições dos móveis das cozinhas das instituições geriátricas pesquisadas, 62,5% destas estão dentro do padrão recomendado pela vigilância sanitária. Vale ressaltar que três instituições não possuem mesas e bancadas para a produção e distribuição da refeição, comprometendo a qualidade da refeição servida.

24. Do ponto de vista do programa de capacitação dos manipuladores, foi verificado na pesquisa que em 50% das instituições pesquisadas não existe capacitação para os manipuladores de alimentos, quanto à correta produção e distribuição dos alimentos servidos. Talvez seja este o grande desafio dos administradores das instituições geriátricas, pois a maioria das instituições conta com a participação de pessoas voluntárias para a produção e distribuição da refeição. A falta de orientação quanto à produção de uma refeição segura, trará prejuízo para a saúde dos idosos, uma vez que não serão utilizadas corretamente as boas práticas de fabricação.
25. Quanto ao fluxo da produção, tipo de matéria-prima, ingredientes e embalagens utilizadas na produção dos alimentos, 62,5% das instituições estão dentro do padrão estabelecido pela vigilância sanitária.
26. 100% das instituições geriátricas pesquisadas não atendem à determinação da legislação em vigor, no tocante à documentação, demonstrando urgência na elaboração do Manual de Boas Práticas de Fabricação dos Alimentos e dos Procedimentos Operacionais Padronizados, para a garantia da qualidade e segurança dos alimentos servidos. Vale salientar que os mesmos servirão de guias para a produção de alimentos seguros e livres de contaminantes, no intuito de que a produção das refeições oferecidas aos idosos, seja realizada com o mais completo grau de qualidade sanitária.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados demonstram a necessidade de atenção à saúde do idoso, com ressalva para a produção de alimentos oferecidos em instituições geriátricas e demonstram a exigência de ações preventivas e intervenções, de modo a assegurar um ambiente saudável e seguro, sem riscos de doença. Ressalta-se a importância de se estabelecer rotinas de capacitação, supervisão e acompanhamento por parte dos gestores de modo a garantir a segurança alimentar dos idosos assistidos por instituições geriátricas.

É prudente a indicação da elaboração do Manual de Boas Práticas e dos Procedimentos Operacionais Padronizados de Fabricação de Alimentos, bem como, a implementação de medidas de higiene garantindo a qualidade e segurança do alimento para o consumidor.

A produção dos alimentos imprópria para o consumo, no que diz respeito à manipulação, armazenamento e distribuição pode implicar no aparecimento de surtos de Doenças Transmissíveis por Alimentos e doenças gastrointestinais causadas por entero-parasitas, portanto os cuidados apresentados pelos manipuladores são de grande importância para a prevenção destas doenças.

Conclui-se nesta pesquisa que as instituições geriátricas, pelos resultados apresentados de ausência do Manual de Boas Práticas de Fabricação dos Alimentos e dos Procedimentos Operacionais Padronizados, inexistência de lavatório na área de produção, falta de abastecimento de água potável, ausência de condições de hábitos higiênicos dos manipuladores de alimentos, inexistência de programa de promoção da

saúde dos manipuladores de alimentos e falta de controle do estado de saúde dos manipuladores, estão fora do padrão estabelecido pela vigilância sanitária, contribuindo para a insegurança dos alimentos servidos aos idosos.

As instituições geriátricas pesquisadas, bem como os demais que estejam em situação fora do padrão exigido pela vigilância sanitária, necessitam adequar-se imediatamente à Resolução RDC 275/MS (Brasil, 2002). Esta resolução dispõe sobre o Regulamento Técnico de Procedimentos Operacionais Padronizados aplicados aos Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos e a Lista de Verificação das Boas Práticas de Fabricação, que consente aos serviços de inspeção e vigilância sanitária local aplicar notificação e multas aos estabelecimentos que não atendam aos dispositivos da lei.

Assim, em busca de padronizar e implantar procedimentos e processos em instituições geriátricas, com intuito de promover a saúde e evitar as doenças transmitidas por alimentos, conclui-se que se torna necessário a adoção de medidas preventivas para aprimorar as condições higiênicas sanitárias das instituições pesquisadas.



## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, V. C. **Condições de saúde de idosas frequentadoras de um clube de terceira idade em Fortaleza – Ceará.** 2005. Monografia (Especialização em Saúde do Idoso) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2005.

ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e famílias:** entre abafos e desabafos. Campinas: Alínea, 2004.

ANDRADE, J. et al. Relações entre envelhecimento e nutrição. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 592-600, 1995.

BARRETO, K. M. L. et al. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 3, n. 3, p. 339-354, jul./set. 2003.

BENEDICTO, M. L. **Manual de dietas para o restaurante industrial.** São Paulo: Atheneu, 1997.

BORGES, M. C. M. **Gestão participativa em organização de idosos:** instrumentos para a promoção da cidadania. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BORN, T. **Cuidado ao idoso em Instituição.** In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 36, p. 403-414.

BRASIL, B. G. **Do outro lado do muro:** percepção de idosos institucionalizados sobre alimentação. 2001. Tese (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão dos Direitos Humanos: uma amostra da realidade dos abrigos e asilos de idosos no Brasil. In: CARAVANA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS, SISTEMA ASILAR BRASILEIRO, 5., 2002, Brasília, DF. **Relatório...** Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Decreto nº. 79.056, de 30 de dezembro de 1976. Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1976. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)>. Acesso em: 10 dez. 2006.

BRASIL. Decreto-Lei nº. 976, de 21 de outubro de 1969. Institui normas básicas sobre alimentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 out. 1969. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)>. Acesso em: 15 dez. 2006.

BRASIL. Decreto-Lei nº. 986, de 12 de outubro de 1969. Normas básicas sobre alimentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 out. 1969. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br/legis/portarias/27](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/27)>. Acesso em: 20 nov. 2006.

BRASIL. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 1977. Seção 1. Disponível em: <<http://www.crefito8.org.br/resoluc/LEI6437.htm>>. Acesso em: 24 mar. 2007.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8142.htm>>. Acesso em: 1 jan. 2007.

BRASIL. Lei 9.782, de 26 de janeiro 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jan. 1999. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)>. Acesso em: 25 nov. 2006.

BRASIL. Lei nº. 8.842, 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, 5 jan. 1994. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)>. Acesso em: 28 out. 2006.

BRASIL. Lei nº. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 2006. Disponível em: <[www.presidencia.gov.br](http://www.presidencia.gov.br)>. Acesso em: 10 fev. 2007.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)>. Acesso em: 26 out. 2006.

BRASIL. Lei nº. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 out. 1993. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)>. Acesso em: 26 out. 2006.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 15 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lavar as mãos**: informações para profissionais de saúde. Brasília, DF, 1989. (Série A; Normas e Manuais Técnicos, 11).

\_\_\_\_\_. **Saúde do idoso**. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 24 nov. 2006.

BRASIL. Portaria nº. 326, de 30 de julho de 1997. Regulamento Técnico sobre as Condições Higienico-Sanitárias e de Boas Práticas de Fabricação para Indústrias de Alimentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 ago. 1997. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)>. Acesso em: 4 nov. 2006.

BRASIL. Portaria nº. 1.428, de 26 de novembro de 1993. Regulamento Técnico para Inspeção Sanitária de Alimentos, as Diretrizes para o Estabelecimento de Boas Práticas de Produção e de Prestação de Serviços na Área de Alimentos - e o Regulamento Técnico para o Estabelecimento de Padrão de Identidade e Qualidade para Serviços e Produtos na Área de Alimentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 dez. 1993. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)>. Acesso em: 4 nov. 2006.

BRASIL. Portaria nº. 810, de 22 de setembro de 1989. Aprova normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 set. 1989. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)>. Acesso em: 10 dez. 2006.

BRASIL. RDC nº. 275, de 21 de outubro de 2002. Regulamento técnico de procedimentos operacionais padronizados aplicados aos estabelecimentos produtores/industrializadores de alimentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 nov. 2002. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)>. Acesso em: 16 ago. 2006.

BRASIL. Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50\\_02rdc.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2007.

BRASIL. Resolução RDC nº. 216, de 15 de setembro de 2004. Aprova regulamento técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 set. 2004. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)>. Acesso em: 15 out. 2006.

BRESSANE, L. R. B. Alimentação institucional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO, 18., 2004, Campo Grande. **Livro de Resumos...** Campo Grande: [s.n.], 2004.

BURINI, R. C. Estilo de vida saudável: a fórmula para a longevidade sem morbidade. **Nutrição em Pauta**, São Paulo, n. 44, p. 20-21, set./out. 2000.

CAMPOS, M. T. F. S. et al. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 3, p. 157-165, 2000.

CARVALHO FILHO, E. T. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALETTO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 5, p. 60-70.

CEARÁ. Decreto nº. 26.963, de 20 de março de 2003. Cria o Conselho Estadual dos Direitos do Idoso. **Diário Oficial do Estado do Ceará**, Fortaleza, 24 mar. 2003. Disponível em: <<http://sead.ce.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2006.

CEARÁ. Portaria nº. 31, de 28 de março de 2005. Aprova a Lista de Verificação das boas práticas em Serviços de Alimentação. **Diário Oficial do Estado do Ceará**, Fortaleza, 30 mar. 2006. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2006.

CIES. **Transição demográfica e epidemiológica**. Disponível em: <[www.cies.org.br](http://www.cies.org.br)>. Acesso em: 11 dez. 2005.

CONFORTO, G. Descentralização e regulação de gestão de serviços públicos. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 32, jan./fev. 1998.

COSTA, E. A. **Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde**. 2. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2004.

COSTA, N. E.; MENDONÇA, J. M.; ABIGAIL, A. **Política de assistência ao idoso: a construção da política nacional de atenção à pessoa idosa**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CUNHA, L. N. **Diet book: terceira idade**. São Paulo: Mandarim, 2001.

CUPPARI, L. **Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto**. Barueri: Manole, 2002.

DALLARI, S. G. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

DIAS, H. P. **Direitos e obrigações em saúde**. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2002.

DUTRA DE OLIVEIRA, J. E. et al. Normas e guias da boa alimentação para a população brasileira. **Revista Nutrição em Pauta**, v. 8, n. 41, p. 8-11, mar./abr. 2000.

ELIAS, N. **Processo civilizador: formação do estado e civilização**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993. V. 2.

ESQUEVEQUIEL, A. S. Dieta mediterrânea. **Revista Nutrição Saúde e Performance**, São Paulo, p. 42-46, jan./mar. 2002.

EVANGELISTA, J. **Tecnologia de alimentos**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1999.

FAUSTO, M. A. et al. Determinação do perfil dos usuários e da composição química e nutricional da alimentação oferecida no restaurante universitário da Universidade Estadual Paulista, Araraquara, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 14, n. 3, p. 171-176, set./dez. 2001.

FERREIRA, C. V. Nutrição e envelhecimento: como garantir qualidade de vida daqueles que envelhecem?. **Revista Nutrição em Pauta**, São Paulo, ano 8, n. 44, p. 13-18, set./out. 2000.

FRANK, A. A.; SOARES, E. A. **Nutrição no envelhecer**. São Paulo: Atheneu, 2002.

FREITAS, J. J. S. et al. **Ácidos graxos e sistema nervoso**. São Paulo: Manole, [19--].

GERMANO, P. M. L.; GERMANO, M. I. S. **Higiene e vigilância sanitária dos alimentos**. São Paulo: Varela, 2001.

GONÇALVES, X. et al. Qualidade de vida de idosos independente segundo proposta de avaliação de Flanagan. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 214-219, 1999.

GROISSMAN, D. **A infância do asilo: a institucionalização da velhice no Rio de Janeiro da virada do século.** 1999. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

HARRIS, N. G. Nutrição no envelhecimento. In: MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, nutrição e dietoterapia.** 10. ed. São Paulo: Roca, 2002.

IBGE. **Censo demográfico 2000.** Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 26 out. 2005.

JACOB FILHO, W. **Promoção da saúde do idoso.** São Paulo: USP, 1998.

LIMA, J. J. G. de. O envelhecimento: conceito atual. **Jornal Brasileiro de Nefrologia,** São Paulo, p. 172-173, 1998.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. **Caderno Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 19 n. 3, p. 745-757, maio./jun. 2003.

LIMIIEUX, V. **Lês politiques publiques et lês alliances d'acteurs.** Sainte-Foy: Lês Presses de 1<sup>o</sup> Université Laval, 1994.

LOPES, A. **Os desafios da gerontologia no Brasil.** Campinas: Átomo e Alínea, 2000.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. K. **Alimentos, nutrição e dietoterapia.** 9. ed. São Paulo: Roca, 2002.

MARTINS C.; ABREU S. S. **Manual do educador.** Curitiba: Nutroclínica, 1997.

MARUCCI, M. F. N. **Avaliação das dietas oferecidas em Instituições para idosos, localizadas no município de São Paulo.** 1985. 78 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1985.

\_\_\_\_\_. Fatores nutricionais determinantes da saúde. In: JACOB FILHO, W. **Promoção da saúde do idoso**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. Cap. 9, p. 93-107.

MAZZA, M. M. P. R.; LÈFEVRE, F. A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 68-77, set./dez. 2004.

MENEZES, T. N. **Estado nutricional, valor energético da alimentação dos idosos de Fortaleza e sua associação com sexo, grupo etário e nível sócio-econômico**. 2004. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MIRANDA, R. B. **A lavanderia em um serviço de alimentação e nutrição**. 1998. Monografia (Especialização em Administração em Serviço de Alimentação e Nutrição) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

MORIGUTI, J. C.; LUCIF JUNIOR., N.; FERRIOLI, E. Nutrição no idoso. In: DUTRA-DE-OLIVEIRA, J. E.; MARCHINI, J. S. **Ciências nutricionais**. São Paulo: Sarvier, 1998. Cap. 14, p. 239-251.

NERI, A. L. Atitudes e crenças sobre velhice: análise de conteúdo de textos do jornal O Estado de São Paulo. In: VON SIMSON, O. R. M.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (Org.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. Campinas: Átomo e Alínea, 2003. p. 13-54.

\_\_\_\_\_. As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressas no estatuto do idoso. **Revista A Terceira Idade**, São Paulo, v. 16, n. 34, p. 7-24, out. 2005.

\_\_\_\_\_. Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. In: NERI, A. L. (Org.). **Psicologia do envelhecimento: tópicos selecionados numa perspectiva de curso de vida**. Campinas: Papyrus, 1995.

OLIVEIRA, N. F. N.; NERY, M. **Administração em serviços de nutrição**. 3. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2000.

OMS. **Constitución de la Organización Mundial de la Salud**. 42. ed. Ginebra, 1999. (Documentos básicos).



ONU. **Declaração dos direitos humanos**. Disponível em: <[http://www.onu-brasil.org.br/documentos\\_direitoshumanos.php](http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php)>. Acesso em: 27 fev. 2007.

PELIANO, A. M. T. M. **O mapa da fome: subsídio à formulação de uma política de segurança alimentar**. Brasília, DF: IPEA, 2002.

PINHEIRO, J. M. A. **O edentulismo no Lar Torres de Melo**: Fortaleza, Ceará. 2002. 63 f. Monografia (Especialização em Saúde do Idoso) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2002.

PROENÇA, R. P. C. **Inovação tecnológica na produção de alimentação coletiva**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2000.

RIELLA, M. C. Geriatria. In: \_\_\_\_\_. **Suporte nutricional parenteral e enteral**. 2. ed. Curitiba: Guanabara Koogan, 1992. Cap. 30, p. 358-363.

ROSENFELD, S. **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

ROSEU, G. **Uma história de saúde pública**. São Paulo: Unesp, 1994.

\_\_\_\_\_. **Da política médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

RUSSEL, R. M.; RASMUSSEN, H.; LISCHTENSTEIN, A. H. Modified food guide pyramid for people over seventy years of age. **Journal of Nutrition**, v. 129, p. 751-753, 1999.

SÁ, N. G. de. **Nutrição e dietética**. 5. ed. São Paulo: Nobel, 1984.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde do Estado. **Resolução conjunta Secretaria da Saúde e Secretaria de Segurança Alimentar n.º 02 de 23/12/98**. Disponível em: <[www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br)>. Acesso em: 12 jan. 2006.

SCHILLING, M. **Qualidade em nutrição**: método de melhorias contínuas ao alcance de indivíduos e coletividade. São Paulo: Varela, 2000.

SIGERIST, H. E. **História y sociologia de la medicina**. Selecciones. Editados y traduzido por Gustavo Molina Guzman. Bogotá: Guadalupe, 1974.

SILVA, C. A. M. O. **Estado nutricional e alimentar como objeto de estudo de demografia**. Disponível em: <[www.nutline.enut.ufop.br](http://www.nutline.enut.ufop.br)>. Acesso em: 3 jul. 2003.

SILVA JUNIOR, E. A. **Manual de controle higiênico-sanitário em alimentos**. 4. ed. São Paulo: Livraria Varela, 2001.

SNOWMAN, M. K. Nutrição para pessoas idosas. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. [S.l.: s.n.], 1999. Cap. 20, p. 313-326.

SWINARSKIE. **Introdução ao direito internacional humanitário**. Brontis: Escopo, 1988.

TEIXEIRA, S. F. G.; OLIVEIRA, Z. C. de; REGO, J. C. do. **Administração aplicada às unidades de alimentação e nutrição**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.

VALENTE, F. L. S. **Direito humano à alimentação**: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez, 2002.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: UERJ, 1994.

WADMAN, E. **Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública**. 1991. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

WAGNER, E. C. A. M. Institucionalização: aspectos psicológicos e o apoio familiar In: SIMPÓSIO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 1., 2001, Itapira, São Paulo. **ANAIS...** São Paulo: [s.n.], 2001.

WHO. **Diet, nutrition and prevention of chronic diseases.** Geneve, 2003. (Technical Report Series).

## ANEXOS

### ANEXO A

#### RESOLUÇÃO - RDC Nº. 275, DE 21 DE OUTUBRO DE 2002

Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Procedimentos Operacionais Padronizados aplicados aos Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos e a Lista de Verificação das Boas Práticas de Fabricação em Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no uso da atribuição que lhe confere o art. 11, inciso IV, do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto nº. 3.029, de 16 de abril de 1999, c/c o § 1º do art. 111 do Regimento Interno aprovado pela Portaria nº. 593, de 25 de agosto de 2000, republicada no DOU de 22 de dezembro de 2000, em reunião realizada em 16 de outubro de 2002,

Considerando a necessidade de constante aperfeiçoamento das ações de controle sanitário na área de alimentos visando a proteção à saúde da população;

Considerando a necessidade de harmonização da ação de inspeção sanitária em estabelecimentos produtores/industrializadores de alimentos em todo o território nacional;

Considerando a necessidade de complementar o Regulamento Técnico sobre as Condições Higiênico-Sanitárias e de Boas Práticas de Fabricação para Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos;

Considerando a necessidade de desenvolvimento de um instrumento genérico de verificação das Boas Práticas de Fabricação aplicável aos estabelecimentos produtores/industrializadores de alimentos;

Considerando que a Lista de Verificação restringe-se especificamente às Boas Práticas de Fabricação de Alimentos;

Considerando que a atividade de inspeção sanitária deve ser complementada com a avaliação dos requisitos sanitários relativos ao processo de fabricação, bem como outros que se fizerem necessários;

Considerando que os estabelecimentos podem utilizar nomenclaturas para os procedimentos operacionais padronizados diferentes da adotada no Anexo I desta Resolução, desde que obedeça ao conteúdo especificado nos mesmos,

Adota a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico de Procedimentos Operacionais Padronizados aplicados aos Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos e a Lista de Verificação das Boas Práticas de Fabricação em Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos.

Art. 2º As empresas têm o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data de publicação, para se adequarem ao Regulamento Técnico de Procedimentos Operacionais Padronizados aplicados a Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos, constante do Anexo I desta Resolução.

Art. 3º A avaliação do cumprimento do Regulamento Técnico constante do Anexo I e do Regulamento Técnico sobre as Condições Higiênico-Sanitárias e de Boas Práticas de Fabricação para Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos, aprovado pela

Portaria SVS/MS nº. 326, de 30 de julho de 1997, dar-se-á por intermédio da Lista de Verificação das Boas Práticas de Fabricação em Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos constante do Anexo II.

§ 1º Os estabelecimentos devem atender de imediato a todos os itens discriminados na Lista de Verificação das Boas Práticas de Fabricação em Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos.

§ 2º Excetuam-se do prazo estipulado no parágrafo anterior os itens relativos ao Regulamento Técnico de Procedimentos Operacionais Padronizados aplicados a Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos sendo considerado o prazo de adequação estipulado no art. 2º.

Art. 4º A Lista de Verificação das Boas Práticas de Fabricação em Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos, constante do Anexo II, não se aplica aos estabelecimentos que apresentem regulamento técnico específico.

Art. 5º O atendimento dos requisitos constantes da Lista de Verificação das Boas Práticas de Fabricação não exclui a obrigatoriedade das exigências relativas ao controle sanitário do processo produtivo.

Art. 6º A inobservância ou desobediência ao disposto na presente Resolução configura infração de natureza sanitária, na forma da Lei nº 6437, de 20 de agosto de 1977, sujeitando o infrator às penalidades previstas nesse diploma legal.

Art. 7º Esta Resolução de Diretoria Colegiada entrará em vigor na data de sua publicação.

GONZALO VECINA NETO

## ANEXO B

### REGULAMENTO TÉCNICO DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRONIZADOS APLICADOS AOS ESTABELECIMENTOS PRODUTORES/INDUSTRIALIZADORES DE ALIMENTOS

#### 1. ALCANCE

##### 1.1. Objetivo

Estabelecer Procedimentos Operacionais Padronizados que contribuam para a garantia das condições higiênico-sanitárias necessárias ao processamento/industrialização de alimentos, complementando as Boas Práticas de Fabricação.

##### 1.2. Âmbito de Aplicação

Aplica-se aos estabelecimentos processadores/industrializadores nos quais sejam realizadas algumas das seguintes atividades: produção/industrialização, fracionamento, armazenamento e transporte de alimentos industrializados.

#### 2. DEFINIÇÕES

Para efeito deste Regulamento, considera-se:

2.1. Procedimento Operacional Padronizado - POP: procedimento escrito de forma objetiva que estabelece instruções seqüenciais para a realização de operações rotineiras e específicas na produção, armazenamento e transporte de alimentos. Este Procedimento pode apresentar outras nomenclaturas desde que obedeça ao conteúdo estabelecido nesta Resolução.

2.2. Limpeza: operação de remoção de terra, resíduos de alimentos, sujidades e ou outras substâncias indesejáveis.

2.3. Desinfecção: operação de redução, por método físico e ou agente químico, do número de microrganismos a um nível que não comprometa a segurança do alimento.

2.4. Higienização: operação que se divide em duas etapas, limpeza e desinfecção.

2.5. Anti-sepsia: operação destinada à redução de microrganismos presentes na pele, por meio de agente químico, após lavagem, enxágüe e secagem das mãos.

2.6. Controle Integrado de Pragas: sistema que incorpora ações preventivas e corretivas destinadas a impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou proliferação de vetores e pragas urbanas que comprometam a segurança do alimento.

2.7. Programa de recolhimento de alimentos: procedimentos que permitem efetivo recolhimento e apropriado destino final de lote de alimentos exposto à comercialização com suspeita ou constatação de causar dano à saúde.

2.8. Resíduos: materiais a serem descartados, oriundos da área de produção e das demais áreas do estabelecimento.

2.9. Manual de Boas Práticas de Fabricação: documento que descreve as operações realizadas pelo estabelecimento, incluindo, no mínimo, os requisitos sanitários dos edifícios, a manutenção e higienização das instalações, dos equipamentos e dos utensílios, o controle da água de abastecimento, o controle integrado de vetores e pragas urbanas, controle da higiene e saúde dos manipuladores e o controle e garantia de qualidade do produto final.

#### 3. REFERÊNCIAS

3.1. BRASIL. Decreto-Lei nº. 986, de 21 de outubro de 1969. Institui Normas Básicas sobre Alimentos.

3.2. BRASIL. Lei nº 6437, de 20 de agosto de 1977, e suas alterações. Configura infrações a legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas e dá outras providências.

3.3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº. 326, de 30 de julho de 1997. Regulamento Técnico sobre as Condições Higiênico-Sanitárias e de Boas Práticas de Fabricação para Indústrias de Alimentos.

3.4. BRASIL. Ministério da Saúde - Secretário Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Programa de Controle de Infecção Hospitalar. LAVAR AS MÃOS: INFORMAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE. 39 páginas na Impressão Original, il. - Série A: Normas e Manuais Técnicos - 11, 1989.

3.5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº. 1.428, de 26 de novembro de 1993. Regulamentos Técnicos sobre Inspeção Sanitária, Boas Práticas de Produção/Prestação de Serviços e Padrão de Identidade e Qualidade na Área de Alimentos.

3.6. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº. 18, de 29 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre Normas Gerais para funcionamento de Empresas Especializadas na prestação de serviços de controle de vetores e pragas urbanas.

3.7. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº. 22, de 15 de março de 2000. Dispõe sobre o Manual de Procedimentos Básicos de Registro e Dispensa da Obrigatoriedade de Registro de Produtos Importados Pertinentes à Área de Alimentos.

3.8. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº. 23, de 15 de março de 2000. Dispõe sobre o Manual de Procedimentos Básicos para Registro e Dispensa da Obrigatoriedade de Registro de Produtos Pertinentes à Área de Alimentos.

3.9. CODEX ALIMENTARIUS. CAC/RCP 1-1969, Ver. 3 (1997). Recommended International Code of Practice General Principles of Food Hygiene.

3.10. ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Code of Federal Regulations, Vol. 2, Título 9, Capítulo III, Parte 416. Sanitation.

#### 4. REQUISITOS PARA ELABORAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRONIZADOS

##### 4.1. Requisitos Gerais

4.1.1. Os estabelecimentos produtores/industrializadores de alimentos devem desenvolver, implementar e manter para cada item relacionado abaixo, Procedimentos Operacionais Padronizados - POPs.

a) Higienização das instalações, equipamentos, móveis e utensílios.

b) Controle da potabilidade da água.

c) Higiene e saúde dos manipuladores.

d) Manejo dos resíduos.

e) Manutenção preventiva e calibração de equipamentos.

f) Controle integrado de vetores e pragas urbanas.

g) Seleção das matérias-primas, ingredientes e embalagens.

h) Programa de recolhimento de alimentos.

4.1.2. Os POPs devem ser aprovados, datados e assinados pelo responsável técnico, responsável pela operação, responsável legal e ou proprietário do estabelecimento, firmando o compromisso de implementação, monitoramento, avaliação, registro e manutenção dos mesmos.

4.1.3. A frequência das operações e nome, cargo e ou função dos responsáveis por sua execução devem estar especificados em cada POP.

4.1.4. Os funcionários devem estar devidamente capacitados para execução dos POPs.

4.1.5. Quando aplicável, os POPs devem relacionar os materiais necessários para a realização das operações assim como os Equipamentos de Proteção Individual.

4.1.6. Os POPs devem estar acessíveis aos responsáveis pela execução das operações e às autoridades sanitárias.

4.1.7. Os POPs podem ser apresentados como anexo do Manual de Boas Práticas de Fabricação do estabelecimento.

#### 4.2. Requisitos específicos

4.2.1. Os POPs referentes às operações de higienização de instalações, equipamentos, móveis e utensílios devem conter informações sobre: natureza da superfície a ser higienizada, método de higienização, princípio ativo selecionado e sua concentração, tempo de contato dos agentes químicos e ou físicos utilizados na operação de higienização, temperatura e outras informações que se fizerem necessárias. Quando aplicável o desmonte dos equipamentos, os POPs devem contemplar esta operação.

4.2.2. Os Procedimentos Operacionais Padronizados devem abordar as operações relativas ao controle da potabilidade da água, incluindo as etapas em que a mesma é crítica para o processo produtivo, especificando os locais de coleta das amostras, a frequência de sua execução, as determinações analíticas, a metodologia aplicada e os responsáveis. Quando a higienização do reservatório for realizada pelo próprio estabelecimento, os procedimentos devem contemplar os tópicos especificados no item 4.2.1. Nos casos em que as determinações analíticas e ou a higienização do reservatório forem realizadas por empresas terceirizadas, o estabelecimento deve apresentar, para o primeiro caso, o laudo de análise e, para o segundo, o certificado de execução do serviço contendo todas as informações constantes no item 4.2.1.

4.2.3. As etapas, a frequência e os princípios ativos usados para a lavagem e anti-sepsia das mãos dos manipuladores devem estar documentados em procedimentos operacionais, assim como as medidas adotadas nos casos em que os manipuladores apresentem lesão nas mãos, sintomas de enfermidade ou suspeita de problema de saúde que possa comprometer a segurança do alimento. Deve-se especificar os exames aos quais os manipuladores de alimentos são submetidos, bem como a periodicidade de sua execução. O programa de capacitação dos manipuladores em higiene deve ser descrito, sendo determinada a carga horária, o conteúdo programático e a frequência de sua realização, mantendo-se em arquivo os registros da participação nominal dos funcionários.

4.2.4. Os Procedimentos Operacionais Padronizados devem estabelecer a frequência e o responsável pelo manejo dos resíduos. Da mesma forma, os procedimentos de higienização dos coletores de resíduos e da área de armazenamento devem ser discriminados atendendo, no mínimo, aos tópicos especificados no item 4.2.1.

4.2.5. Os estabelecimentos devem dispor dos Procedimentos Operacionais Padronizados que especifiquem a periodicidade e responsáveis pela manutenção dos equipamentos envolvidos no processo produtivo do alimento. Esses POPs devem também contemplar a operação de higienização adotada após a manutenção dos equipamentos. Devem ser apresentados os POPs relativos à calibração dos instrumentos e equipamentos de medição ou comprovante da execução do serviço quando a calibração for realizada por empresas terceirizadas.

4.2.6. Os POPs referentes ao controle integrado de vetores e pragas urbanas devem contemplar as medidas preventivas e corretivas destinadas a impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou a proliferação de vetores e pragas urbanas. No caso da adoção de controle químico, o estabelecimento deve apresentar comprovante de execução de serviço fornecido



pela empresa especializada contratada, contendo as informações estabelecidas em legislação sanitária específica.

4.2.7. O estabelecimento deve dispor de procedimentos operacionais especificando os critérios utilizados para a seleção e recebimento da matéria-prima, embalagens e ingredientes, e, quando aplicável, o tempo de quarentena necessário. Esses procedimentos devem prever o destino dado às matérias-primas, embalagens e ingredientes reprovados no controle efetuado.

4.2.8. O programa de recolhimento de produtos deve ser documentado na forma de procedimentos operacionais, estabelecendo-se as situações de adoção do programa, os procedimentos a serem seguidos para o rápido e efetivo recolhimento do produto, a forma de segregação dos produtos recolhidos e seu destino final, além dos responsáveis pela atividade.

## 5. MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E REGISTRO DOS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRONIZADOS

5.1. A implementação dos POPs deve ser monitorada periodicamente de forma a garantir a finalidade pretendida, sendo adotadas medidas corretivas em casos de desvios destes procedimentos. As ações corretivas devem contemplar o destino do produto, a restauração das condições sanitárias e a reavaliação dos Procedimentos Operacionais Padronizados.

5.2. Deve-se prever registros periódicos suficientes para documentar a execução e o monitoramento dos Procedimentos Operacionais Padronizados, bem como a adoção de medidas corretivas. Esses registros consistem de anotação em planilhas e ou documentos e devem ser datados, assinados pelo responsável pela execução da operação e mantidos por um período superior ao tempo de vida de prateleira do produto.

5.3. Deve-se avaliar, regularmente, a efetividade dos POPs implementados pelo estabelecimento e, de acordo com os resultados, deve-se fazer os ajustes necessários.

5.4. Os Procedimentos Operacionais Padronizados devem ser revistos em caso de modificação que implique em alterações nas operações documentadas

## ANEXO C

### LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO EM ESTABELECIMENTOS PRODUTORES/INDUSTRIALIZADORES DE ALIMENTOS

NÚMERO: /ANO

A - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

1-RAZÃO SOCIAL:

2-NOME DE FANTASIA:

3-ALVARÁ/LICENÇA  
SANITÁRIA:

4-INSCRIÇÃO ESTADUAL / MUNICIPAL:

5-CNPJ / CPF:

6-FONE:

7-FAX:

8-E - mail:

9-ENDEREÇO (Rua/Av.):

10-Nº.:

11-Compl.:

12-BAIRRO:

13-MUNICÍPIO:

14-UF:

15-CEP:

16-RAMO DE ATIVIDADE: 17-PRODUÇÃO MENSAL:

18-NÚMERO DE 19-NÚMERO DE TURNOS:

FUNCIONÁRIOS:

20-CATEGORIA DE PRODUTOS:

Descrição da Categoria:

Descrição da Categoria:

Descrição da Categoria:

Descrição da Categoria:

Descrição da Categoria:

21-RESPONSÁVEL TÉCNICO: 22-FORMAÇÃO ACADÊMICA:

23-RESPONSÁVEL LEGAL/PROPRIETÁRIO DO ESTABELECIMENTO:

24-MOTIVO DA INSPEÇÃO: ( ) SOLICITAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA ( )  
COMUNICAÇÃO DO INÍCIO DE FABRICAÇÃO DE PRODUTO DISPENSADO DA  
OBRIGATORIEDADE DE REGISTRO ( ) SOLICITAÇÃO DE REGISTRO

( ) PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA ( ) VERIFICAÇÃO OU  
APURAÇÃO DE DENÚNCIA ( ) INSPEÇÃO PROGRAMADA ( ) REINSPEÇÃO

( ) RENOVAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA ( ) RENOVAÇÃO DE REGISTRO ( ) OUTROS

B - AVALIAÇÃO

SIM

NÃO

NA(\*)

1. EDIFICAÇÃO E  
INSTALAÇÕES

1.1 ÁREA EXTERNA:

1.1.1 Área externa livre de  
focos de insalubridade, de  
objetos em desuso ou estranhos  
ao ambiente, de vetores e  
outros animais no pátio e  
vizinhança; de focos de poeira;

de acúmulo de lixo nas imediações, de água estagnada, dentre outros.

1.1.2 Vias de acesso interno com superfície dura ou pavimentada, adequada ao trânsito sobre rodas, escoamento adequado e limpas

#### 1.2 ACESSO:

1.2.1 Direto, não comum a outros usos ( habitação).

#### 1.3 ÁREA INTERNA:

1.3.1 Área interna livre de objetos em desuso ou estranhos ao ambiente.

#### 1.4 PISO:

1.4.1 Material que permite fácil e apropriada higienização (liso, resistente, drenados com declive, impermeável e outros).

1.4.2 Em adequado estado de conservação (livre de defeitos, rachaduras, trincas, buracos e outros).

1.4.3 Sistema de drenagem dimensionado adequadamente, sem acúmulo de resíduos. Drenos, ralos sifonados e grelhas colocados em locais adequados de forma a facilitar o escoamento e proteger contra a entrada de baratas, roedores etc.

### B - AVALIAÇÃO

.SIM

.NÃO

.NA(\*)

#### 1.5 TETOS:

.

.

.

1.5.1 Acabamento liso, em cor clara, impermeável, de fácil limpeza e, quando for o caso, desinfecção.

.

.

1.5.2 Em adequado estado de conservação. (livre de trincas, rachaduras, umidade, bolor, descascamentos e outros).

.

.

#### 1.6 PAREDES E DIVISÓRIAS:

1.6.1 Acabamento liso, impermeável e de fácil higienização até uma altura adequada para todas as operações. De cor clara.	.	.
1.6.2 Em adequado estado de conservação. (livres de falhas, rachaduras, umidade, descascamento e outros).	.	.
1.6.3 Existência de ângulos abaulados entre as paredes e o piso e entre as paredes e o teto.	.	.
1.7 PORTAS:		
1.7.1 Com superfície lisa, de fácil higienização, ajustadas aos batentes, sem falhas de revestimento.	.	.
1.7.2 Portas externas com fechamento automático (mola, sistema eletrônico ou outro) e com barreiras adequadas para impedir entrada de vetores e outros animais (telas milimétricas ou outro sistema).	.	.
1.7.3 Em adequado estado de conservação. (livres de falhas, rachaduras, umidade, descascamento e outros).	.	.
1.8 JANELAS E OUTRAS ABERTURAS:		
1.8.1 Com superfície lisa, de fácil higienização, ajustadas aos batentes, sem falhas de revestimento.	.	.
1.8.2 Existência de proteção contra insetos e roedores (telas milimétricas ou outro sistema).	.	.
1.8.3 Em adequado estado de conservação. (livres de falhas, rachaduras, umidade, descascamento e outros).	.	.
1.9 ESCADAS, ELEVADORES DE SERVIÇO, MONTACARGAS E ESTRUTURAS AUXILIARES		
1.9.1 Construídos, localizados e utilizados de forma a não serem fontes de contaminação.	.	.
1.9.2 De material apropriado, resistente, liso e impermeável, em adequado estado de conservação.	.	.
1.10 INSTALAÇÕES		

SANITÁRIAS E  
VESTIÁRIOS PARA OS  
MANIPULADORES:

- 1.10.1 Quando localizados isolados da área de produção, acesso realizado por passagens cobertas e calçadas. . .
- 1.10.2 Independentes para cada sexo (conforme legislação específica), identificados e de uso exclusivo para manipuladores de alimentos. . .
- 1.10.3 Instalações sanitárias com vasos sanitários; mictórios e lavatórios íntegros e em proporção adequada ao número de empregados (conforme legislação específica). . .
- 1.10.4 Instalações sanitárias servidas de água corrente, dotadas preferencialmente de torneira com acionamento automático e conectadas à rede de esgoto ou fossa séptica. . .
- 1.10.5 Ausência de comunicação direta (incluindo sistema de exaustão) com a área de trabalho e de refeições. . .
- 1.10.6 Portas com fechamento automático (mola, sistema eletrônico ou outro). . .
- 1.10.7 Pisos e paredes adequadas e apresentando satisfatório estado de conservação. . .
- 1.10.8 Iluminação e ventilação adequadas. . .
- 1.10.9 Instalações sanitárias dotadas de produtos destinados à higiene pessoal: papel higiênico, sabonete líquido inodoro anti-séptico ou sabonete líquido inodoro e anti-séptico, toalhas de papel não reciclado para as mãos ou outro sistema higiênico e seguro para secagem. . .
- 1.10.10 Presença de lixeiras com tampas e com acionamento não manual. . .
- 1.10.11 Coleta freqüente do lixo. . .
- 1.10.12 Presença de avisos com os procedimentos para lavagem das mãos. . .
- 1.10.13 Vestiários com área compatível e armários individuais para todos os manipuladores. . .

1.10.14 Duchas ou chuveiros em número suficiente (conforme legislação específica), com água fria ou com água quente e fria.	.	.	.
1.10.15 Apresentam-se organizados e em adequado estado de conservação.	.	.	.
1.11 INSTALAÇÕES SANITÁRIAS PARA VISITANTES E OUTROS: . . .			
1.11.1 Instaladas totalmente independentes da área de produção e higienizados.	.	.	.
1.12 LAVATÓRIOS NA ÁREA DE PRODUÇÃO: . . .			
1.12.1 Existência de lavatórios na área de manipulação com água corrente, dotados preferencialmente de torneira com acionamento automático, em posições adequadas em relação ao fluxo de produção e serviço, e em número suficiente de modo a atender toda a área de produção	.	.	.
1.12.2 Lavatórios em condições de higiene, dotados de sabonete líquido inodoro anti-séptico ou sabonete líquido inodoro e anti-séptico, toalhas de papel não reciclado ou outro sistema higiênico e seguro de secagem e coletor de papel acionados sem contato manual.	.	.	.
<b>B - AVALIAÇÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>.NA(*)</b>
1.13 ILUMINAÇÃO E INSTALAÇÃO ELÉTRICA: . . .			
1.13.1 Natural ou artificial adequada à atividade desenvolvida, sem ofuscamento, reflexos fortes, sombras e contrastes excessivos.	.	.	.
1.13.2 Luminárias com proteção adequada contra quebras e em adequado estado de conservação.	.	.	.
1.13.3 Instalações elétricas embutidas ou quando exteriores revestidas por tubulações isolantes e presas a paredes e tetos.	.	.	.
1.14 VENTILAÇÃO E CLIMATIZAÇÃO:			
1.14.1 Ventilação e circulação de ar capazes de garantir o conforto térmico e o ambiente livre de fungos, gases, fumaça, pós, partículas em suspensão e condensação de vapores sem causar danos à produção.	.	.	.
1.14.2 Ventilação artificial por meio de equipamento(s) higienizado(s) e com	.	.	.

manutenção adequada ao tipo de equipamento.

1.14.3 Ambientes climatizados artificialmente com filtros adequados. . .

1.14.4 Existência de registro periódico dos procedimentos de limpeza e manutenção dos componentes do sistema de climatização (conforme legislação específica) afixado em local visível. . .

1.14.5 Sistema de exaustão e ou insuflamento com troca de ar capaz de prevenir contaminações. . .

1.14.6 Sistema de exaustão e ou insuflamento dotados de filtros adequados. . .

1.14.7 Captação e direção da corrente de ar não seguem a direção da área contaminada para área limpa. . .

#### 1.15 HIGIENIZAÇÃO DAS INSTALAÇÕES:

1.15.1 Existência de um responsável pela operação de higienização comprovadamente capacitado. . .

1.15.2 Frequência de higienização das instalações adequada. . .

1.15.3 Existência de registro da higienização. . .

1.15.4 Produtos de higienização regularizados pelo Ministério da Saúde. . .

1.15.5 Disponibilidade dos produtos de higienização necessários à realização da operação. . .

1.15.6 A diluição dos produtos de higienização, tempo de contato e modo de uso/aplicação obedecem às instruções recomendadas pelo fabricante. . .

1.15.7 Produtos de higienização identificados e guardados em local adequado. . .

1.15.8 Disponibilidade e adequação dos utensílios (escovas, esponjas etc.) necessários à realização da operação. Em bom estado de conservação. . .

1.15.9 Higienização adequada. . .

#### 1.16 CONTROLE

INTEGRADO DE VETORES  
E PRAGAS URBANAS:

- 1.16.1 Ausência de vetores e pragas urbanas . . .  
ou qualquer evidência de sua presença  
como fezes, ninhos e outros.
- 1.16.2 Adoção de medidas preventivas e . . .  
corretivas com o objetivo de impedir a  
atração, o abrigo, o acesso e ou proliferação  
de vetores e pragas urbanas.
- 1.16.3 Em caso de adoção de controle . . .  
químico, existência de comprovante de  
execução do serviço expedido por empresa  
especializada.
- 1.17 ABASTECIMENTO DE . . .  
ÁGUA:
- 1.17.1 Sistema de abastecimento ligado à . . .  
rede pública.
- 1.17.2 Sistema de captação própria, . . .  
protegido, revestido e distante de fonte de  
contaminação.
- 1.17.3 Reservatório de água acessível com . . .  
instalação hidráulica com volume, pressão e  
temperatura adequados, dotado de tampas,  
em satisfatória condição de uso, livre de  
vazamentos, infiltrações e descascamentos.
- 1.17.4 Existência de responsável . . .  
comprovadamente capacitado para a  
higienização do reservatório da água.
- 1.17.5 Adequada frequência de . . .  
higienização do reservatório de água.
- 1.17.6 Existência de registro da . . .  
higienização do reservatório de água ou  
comprovante de execução de serviço em  
caso de terceirização.
- 1.17.7 Encanamento em estado satisfatório . . .  
e ausência de infiltrações e interconexões,  
evitando conexão cruzada entre água  
potável e não potável.
- 1.17.8 Existência de planilha de registro da . . .  
troca periódica do elemento filtrante.
- 1.17.9 Potabilidade da água atestada por . . .  
meio de laudos laboratoriais, com adequada  
periodicidade, assinados por técnico  
responsável pela análise ou expedidos por



empresa terceirizada.

1.17.10 Disponibilidade de reagentes e equipamentos necessários à análise da potabilidade de água realizadas no estabelecimento. . .

1.17.11 Controle de potabilidade realizado por técnico comprovadamente capacitado. . .

1.17.12 Gelo produzido com água potável, fabricado, manipulado e estocado sob condições sanitárias satisfatórias, quando destinado a entrar em contato com alimento ou superfície que entre em contato com alimento. . .

1.17.13 Vapor gerado a partir de água potável quando utilizado em contato com o alimento ou superfície que entre em contato com o alimento. . .

## B - AVALIAÇÃO

SIM

NÃO

NA(\*)

### 1.18 MANEJO DOS RESÍDUOS: . . .

1.18.1 Recipientes para coleta de resíduos no interior do estabelecimento de fácil higienização e transporte, devidamente identificados e higienizados constantemente; uso de sacos de lixo apropriados. Quando necessário, recipientes tampados com acionamento não manual. . .

1.18.2 Retirada freqüente dos resíduos da área de processamento, evitando focos de contaminação. . .

1.18.3 Existência de área adequada para estocagem dos resíduos. . .

### 1.19 ESGOTAMENTO SANITÁRIO:

1.19.1 Fossas, esgoto conectado à rede pública, caixas de gordura em adequado estado de conservação e funcionamento. . .

### 1.20 LEIAUTE:

1.20.1 Leiaute adequado ao processo produtivo: número, capacidade e distribuição das dependências de acordo com o ramo de atividade, volume de produção e expedição. . .

1.20.2 Áreas para recepção e depósito de. . .

matéria-prima, ingredientes e embalagens distintas das áreas de produção, armazenamento e expedição de produto final.

OBSERVAÇÕES . . .

B - AVALIAÇÃO	SIM	NÃO	NA(*)
2. EQUIPAMENTOS, MÓVEIS E UTENSÍLIOS . . .			
2.1 EQUIPAMENTOS: . . .			
2.1.1 Equipamentos da linha de produção. com desenho e número adequado ao ramo.		.	.
2.1.2 Dispostos de forma a permitir fácil acesso e higienização adequada.		.	.
2.1.3 Superfícies em contato com alimentos. lisas, íntegras, impermeáveis, resistentes à corrosão, de fácil higienização e de material não contaminante.		.	.
2.1.4 Em adequado estado de conservação e funcionamento.		.	.
2.1.5 Equipamentos de conservação dos alimentos (refrigeradores, congeladores, câmaras frigoríficas e outros), bem como os destinados ao processamento térmico, com medidor de temperatura localizado em local apropriado e em adequado funcionamento.		.	.
2.1.6 Existência de planilhas de registro da temperatura, conservadas durante período adequado.		.	.
2.1.7 Existência de registros que comprovem que os equipamentos e maquinários passam por manutenção preventiva.		.	.
2.1.8 Existência de registros que comprovem a calibração dos instrumentos e equipamentos de medição ou comprovante da execução do serviço quando a calibração for realizada por empresas terceirizadas.		.	.
2.2 MÓVEIS: (mesas, bancadas, vitrines, estantes)			
2.2.1 Em número suficiente, de material apropriado, resistentes, impermeáveis; em adequado estado de conservação, com superfícies íntegras.		.	.
2.2.2 Com desenho que permita uma fácil.		.	.

higienização (lisos, sem rugosidades e frestas).

### 2.3 UTENSÍLIOS:

2.3.1 Material não contaminante, resistentes à corrosão, de tamanho e forma que permitam fácil higienização: em adequado estado de conservação e em número suficiente e apropriado ao tipo de operação utilizada.

2.3.2 Armazenados em local apropriado, de forma organizada e protegidos contra a contaminação.

### 2.4 HIGIENIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E MAQUINÁRIOS, E DOS MÓVEIS E UTENSÍLIOS:

2.4.1 Existência de um responsável pela operação de higienização comprovadamente capacitado.

2.4.2 Frequência de higienização adequada.

2.4.3 Existência de registro da higienização.

2.4.4 Produtos de higienização regularizados pelo Ministério da Saúde.

2.4.5 Disponibilidade dos produtos de higienização necessários à realização da operação.

2.4.6 Diluição dos produtos de higienização, tempo de contato e modo de uso/aplicação obedecem às instruções recomendadas pelo fabricante.

2.4.7 Produtos de higienização identificados e guardados em local adequado.

2.4.8 Disponibilidade e adequação dos utensílios necessários à realização da operação. Em bom estado de conservação.

2.4.9 Adequada higienização.

### OBSERVAÇÕES .

B - AVALIAÇÃO

SIM

NÃO

NA(\*)

### 3. MANIPULADORES . . .

#### 3.1 VESTUÁRIO: . . .

3.1.1 Utilização de uniforme de trabalho de cor clara, adequado à atividade e exclusivo para área de produção.

3.1.2 Limpos e em adequado estado de conservação.	.	.
3.1.3 Asseio pessoal: boa apresentação, asseio corporal, mãos limpas, unhas curtas, sem esmalte, sem adornos (anéis, pulseiras, brincos, etc.); manipuladores barbeados, com os cabelos protegidos.	.	.
3.2 HÁBITOS HIGIÊNICOS:		
3.2.1 Lavagem cuidadosa das mãos antes da manipulação de alimentos, principalmente após qualquer interrupção e depois do uso de sanitários.	.	.
3.2.2 Manipuladores não espirram sobre os alimentos, não cospem, não tosem, não fumam, não manipulam dinheiro ou não praticam outros atos que possam contaminar o alimento.	.	.
3.2.3 Cartazes de orientação aos manipuladores sobre a correta lavagem das mãos e demais hábitos de higiene, afixados em locais apropriados.	.	.
3.3 ESTADO DE SAÚDE:		
3.3.1 Ausência de afecções cutâneas, feridas e supurações; ausência de sintomas e infecções respiratórias, gastrointestinais e oculares.	.	.
3.4 PROGRAMA DE CONTROLE DE SAÚDE:		
3.4.1 Existência de supervisão periódica do estado de saúde dos manipuladores.	.	.
3.4.2 Existência de registro dos exames realizados.	.	.
3.5 EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL:		
3.5.1 Utilização de Equipamento de Proteção Individual.	.	.
3.6 PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DOS MANIPULADORES E SUPERVISÃO:		
3.6.1 Existência de programa de capacitação adequado e contínuo relacionado à higiene pessoal e à manipulação dos alimentos.	.	.
3.6.2 Existência de registros dessas.	.	.

capacitações.

3.6.3 Existência de supervisão da higiene. . .  
pessoal e manipulação dos alimentos.

3.6.4 Existência de supervisor. . .  
comprovadamente capacitado.

OBSERVAÇÕES . . .

B - AVALIAÇÃO SIM NÃO NA(\*)

#### 4. PRODUÇÃO E TRANSPORTE DO ALIMENTO

##### 4.1 MATÉRIA-PRIMA, INGREDIENTES E EMBALAGENS: . . .

4.1.1 Operações de recepção da matéria- . .  
prima, ingredientes e embalagens são  
realizadas em local protegido e isolado da  
área de processamento.

4.1.2 Matérias - primas, ingredientes e . .  
embalagens inspecionados na recepção.

4.1.3 Existência de planilhas de controle . .  
na recepção (temperatura e características  
sensoriais, condições de transporte e  
outros).

4.1.4 Matérias-primas e ingredientes . .  
aguardando liberação e aqueles aprovados  
estão devidamente identificados.

4.1.5 Matérias-primas, ingredientes e . .  
embalagens reprovados no controle  
efetuado na recepção são devolvidos  
imediatamente ou identificados e  
armazenados em local separado.

4.1.6 Rótulos da matéria-prima e . .  
ingredientes atendem à legislação.

4.1.7 Critérios estabelecidos para a seleção . .  
das matérias-primas são baseados na  
segurança do alimento.

4.1.8 Armazenamento em local adequado . .  
e organizado; sobre estrados distantes do  
piso, ou sobre paletes, bem conservados e  
limpos, ou sobre outro sistema aprovado,  
afastados das paredes e distantes do teto de  
forma que permita apropriada  
higienização, iluminação e circulação de  
ar.

4.1.9 Uso das matérias-primas, . .  
ingredientes e embalagens respeita a  
ordem de entrada dos mesmos, sendo

observado o prazo de validade.

4.1.10 Acondicionamento adequado das embalagens a serem utilizadas.

4.1.11 Rede de frio adequada ao volume e aos diferentes tipos de matérias-primas e ingredientes.

#### 4.2 FLUXO DE PRODUÇÃO:

4.2.1 Locais para pré - preparo ("área suja") isolados da área de preparo por barreira física ou técnica.

4.2.2 Controle da circulação e acesso do pessoal.

4.2.3 Conservação adequada de materiais destinados ao reprocessamento.

4.2.4 Ordenado, linear e sem cruzamento.

#### B - AVALIAÇÃO

SIM

NÃO

NA(\*)

#### 4.3 ROTULAGEM E ARMAZENAMENTO DO PRODUTO-FINAL:

4.3.1 Dizeres de rotulagem com identificação visível e de acordo com a legislação vigente.

4.3.2 Produto final acondicionado em embalagens adequadas e íntegras.

4.3.3 Alimentos armazenados separados por tipo ou grupo, sobre estrados distantes do piso, ou sobre paletes, bem conservados e limpos ou sobre outro sistema aprovado, afastados das paredes e distantes do teto de forma a permitir apropriada higienização, iluminação e circulação de ar.

4.3.4 Ausência de material estranho, estragado ou tóxico.

4.3.5 Armazenamento em local limpo e conservado

4.3.6 Controle adequado e existência de planilha de registro de temperatura, para ambientes com controle térmico.

4.3.7 Rede de frio adequada ao volume e aos diferentes tipos de alimentos.

4.3.8 Produtos avariados, com prazo de validade vencido, devolvidos ou recolhidos do mercado devidamente

identificados e armazenados em local separado e de forma organizada.

4.3.9 Produtos finais aguardando resultado analítico ou em quarentena e aqueles aprovados devidamente identificados.

#### 4.4 CONTROLE DE QUALIDADE DO PRODUTO FINAL:

4.4.1 Existência de controle de qualidade do produto final.

4.4.2 Existência de programa de amostragem para análise laboratorial do produto final.

4.4.3 Existência de laudo laboratorial atestando o controle de qualidade do produto final, assinado pelo técnico da empresa responsável pela análise ou expedido por empresa terceirizada.

4.4.4 Existência de equipamentos e materiais necessários para análise do produto final realizadas no estabelecimento.

#### 4.5 TRANSPORTE DO PRODUTO FINAL:

4.5.1 Produto transportado na temperatura especificada no rótulo.

4.5.2 Veículo limpo, com cobertura para proteção de carga. Ausência de vetores e pragas urbanas ou qualquer evidência de sua presença como fezes, ninhos e outros.

4.5.3 Transporte mantém a integridade do produto.

4.5.4 Veículo não transporta outras cargas que comprometam a segurança do produto.

4.5.5 Presença de equipamento para controle de temperatura quando se transporta alimentos que necessitam de condições especiais de conservação.

OBSERVAÇÕES. . .

B - AVALIAÇÃO

SIM

NÃO

NA(\*)

5. DOCUMENTAÇÃO

## 5.1 MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO:

5.1.1 Operações executadas no estabelecimento estão de acordo com o Manual de Boas Práticas de Fabricação. . . .

## 5.2 PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRONIZADOS:

5.2.1 Higienização das instalações, equipamentos e utensílios:

5.2.1.1 Existência de POP estabelecido para este item. . . .

5.2.1.2 POP descrito está sendo cumprido. . . .

5.2.2 Controle de potabilidade da água:

5.2.2.1 Existência de POP estabelecido para controle de potabilidade da água. . . .

5.2.2.2 POP descrito está sendo cumprido. . . .

5.2.3 Higiene e saúde dos manipuladores:

5.2.3.1 Existência de POP estabelecido para este item. . . .

5.2.3.2 POP descrito está sendo cumprido. . . .

5.2.4 Manejo dos resíduos:

5.2.4.1 Existência de POP estabelecido para este item. . . .

5.2.4.2 O POP descrito está sendo cumprido. . . .

5.2.5 Manutenção preventiva e calibração de equipamentos.

5.2.5.1 Existência de POP estabelecido para este item. . . .

5.2.5.2 O POP descrito está sendo cumprido. . . .

5.2.6 Controle integrado de vetores e pragas urbanas:

5.2.6.1 Existência de POP estabelecido para este item. . . .

5.2.6.2 O POP descrito está sendo cumprido. . . .

5.2.7 Seleção das matérias-primas, ingredientes e embalagens:



5.2.7.1 Existência de POP estabelecido para este item. . .

5.2.7.2 O POP descrito está sendo cumprido. . .

B - AVALIAÇÃO SIM NÃO NA(\*)

5.2.8 Programa de recolhimento de alimentos:

5.2.8.1 Existência de POP estabelecido para este item. . .

5.2.8.2 O POP descrito está sendo cumprido. . .

OBSERVAÇÕES . . .

#### C - CONSIDERAÇÕES FINAIS

.

#### D - CLASSIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Compete aos órgãos de vigilância sanitária estaduais e distrital, em articulação com o órgão competente no âmbito federal, a construção do panorama sanitário dos estabelecimentos produtores/industrializadores de alimentos, mediante sistematização dos dados obtidos nesse item. O panorama sanitário será utilizado como critério para definição e priorização das estratégias institucionais de intervenção.

( ) GRUPO 1 - 76 A 100% de atendimento dos itens ( ) GRUPO 2 - 51 A 75% de atendimento dos itens ( ) GRUPO 3 - 0 A 50% de atendimento dos itens

#### E - RESPONSÁVEIS PELA INSPEÇÃO

\_\_\_\_\_ Nome e \_\_\_\_\_ Nome e  
assinatura do responsável Matrícula: assinatura do responsável Matrícula:

#### F - RESPONSÁVEL PELA EMPRESA

\_\_\_\_\_ Nome e assinatura do responsável pelo  
estabelecimento

LOCAL: DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(\*) NA: Não se aplica

**Retificação:** Republicada no D.O.U de 06/11/2002 por ter saído com incorreção, do original, no D.O.U. nº. 206, de 23-10-2002, Seção 1, pág. 126.

## ANEXO D

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS - CESA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS**

### Termo de Consentimento Esclarecido

Vimos por meio deste solicitar, a V.S<sup>a</sup> o consentimento para a realização de uma pesquisa científica intitulada política do idoso: condições das boas práticas de fabricação de alimentos nas instituições geriátricas de Fortaleza – Ceará. Durante a realização da pesquisa será aplicada uma lista de verificação de boas práticas de fabricação na cozinha de sua Instituição, que será usado como diagnóstico das condições sanitárias da área de produção das refeições. O Resultado da pesquisa será enviado posteriormente com análise e sugestões e melhoria para a implantação das boas práticas de fabricação em estabelecimentos produtores/industrializadores de alimentos. Informamos que a pesquisa não trará prejuízos para o funcionamento da atividade uma vez que a mesma será aplicada mediante a observação do pesquisador. Vale ressaltar que a qualquer momento o Responsável pela instituição poderá desautorizar a participação na pesquisa, sem que isto lhe acarrete qualquer prejuízo. Para maiores esclarecimentos favor entrar em contato com a coordenadora da pesquisa Regina Barros Miranda.

\_\_\_\_\_  
Coordenadora da Pesquisa

Aceito participar da referida pesquisa, colocando a minha Instituição a disposição para a aplicação da lista de verificação das boas práticas de fabricação em estabelecimentos produtores/industrializadores de alimentos.

Nome: \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)