

A REALIDADE DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Autores:

Mirela Castro Santos Camargos (Fundação João Pinheiro)

Fátima Beatriz Carneiro Teixeira P. Fortes (Fundação João Pinheiro)

Luiza de Marillac de Souza (Fundação João Pinheiro)

Resumo

Este artigo tem por objetivo caracterizar as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), em relação a aspectos como: natureza jurídica, fonte de recursos financeiros, número de idosos atendidos, profissionais, serviços prestados, atenção à saúde, rotina, adequação às normas de funcionamento e infraestrutura. Para tanto foram utilizados dados de pesquisa realizada pela Fundação João Pinheiro (FJP) e financiada FAPEMIG. Observou-se que há lista de espera, o que evidencia que a demanda por ILPI na RMBH é maior que a oferta. A triagem, por sua vez, revela que há idosos que procuram uma ILPI e que não são admitidos em decorrência de seu maior grau de dependência. Portanto, este estudo reforça a necessidade de expansão da oferta de ILPI e a importância de repensar a assistência aos idosos com maior grau de dependência.

Palavras-chave: Idoso, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Cuidado ao idoso.

Área Temática: Políticas Públicas

A REALIDADE DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

1. INTRODUÇÃO

Este artigo tem por objetivo caracterizar as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), em relação a aspectos como: natureza jurídica, fonte de recursos financeiros, número de idosos atendidos, profissionais, serviços prestados, atenção à saúde, rotina, adequação às normas de funcionamento e infraestrutura. Para tanto foram utilizados dados de pesquisa realizada pela Fundação João Pinheiro (FJP) e financiada pela Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) em 2011.

A escolha da RMBH justifica-se pela concentração de grande número dessas instituições, principalmente em Belo Horizonte (IPEA, 2010), e pela facilidade de deslocamento dos pesquisadores. Ademais a RMBH possui 4.880.615 habitantes, segundo dados do Censo Demográfico de 2010, cerca de 25% da população do estado.

Em 2010, as participações das populações idosa (60 anos e mais) e muito idosa (80 anos e mais) eram de 10,64% e 1,46%, respectivamente (IBGE, 2010), na RMBH. Entre 2000 e 2010, a população total da RMBH cresceu 1,14%, enquanto o crescimento da população idosa foi de 4,46% e da muito idosa foi de 5,82%. Este resultado confirma que, assim como o Brasil e Minas Gerais, a RMBH vivencia um processo de envelhecimento de sua população e, por consequência, de mudanças na demanda por ações e serviços públicos (IPEA, 2010).

Completando esse quadro, tem-se que, segundo dados da PNAD, entre 1998 e 2008, houve um aumento da proporção de idosos morando sozinhos ou apenas com o cônjuge e que, essa proporção é um pouco maior na RMBH relativamente a Minas Gerais e ao Brasil. Tem-se, ainda, que a proporção de idosos morando sozinhos é mais elevada entre as mulheres e a proporção de idosos morando em domicílios unipessoais aumenta com a idade. Em 2008, aproximadamente 11,7% dos indivíduos entre 60 a 69 anos de idade moravam sozinhos na RMBH. Para os grupos etários entre 70 e 79 e 80 e mais, esse percentual era igual a 19,2% e 21,6% respectivamente.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A QUESTÃO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Segundo o relatório do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA/ONU, 2012), em 2012, uma em cada nove pessoas tinha 60 anos ou mais, e projeções apontam para uma em cada cinco, em 2050. Este fenômeno é consequência da queda nas taxas de fecundidade e mortalidade e aumento da longevidade e ocorre tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento.

Nos países desenvolvidos o peso da população idosa é maior, 19% da população norte americana e 22% da europeia tinham 60 anos ou mais em 2012, enquanto que

na África, América Latina, Caribe e Oceania essa proporção era de, respectivamente, 6%, 10%, 11% e 15% (ONU, 2012). Porém, nos países em desenvolvimento o crescimento ocorre mais aceleradamente, pois, como mostram os dados do Relatório do Desenvolvimento Humano (PNUD, 2013), para que a porcentagem da população idosa passasse de 7% para 14% na França foi necessário mais de um século, na Suécia, 85 anos, na Austrália, 83 anos e nos Estados Unidos, 69 anos, enquanto que se espera que a maioria dos países em desenvolvimento atinja a porcentagem de 14% para a população idosa em apenas 30 anos ou menos.

De acordo com Camarano e Mello (2010), o processo de envelhecimento populacional já faz parte da realidade dos países desenvolvidos, onde foram construídos os alicerces de uma sociedade mais inclusiva e mais adequada à população idosa. Já nos países em desenvolvimento, esse processo se encontra em curso atualmente, nos quais, apesar de avanços institucionais, ainda há muito a ser feito para que os idosos tenham acesso a uma vida digna, ativa, saudável e bem cuidada. Salienta-se que enquanto na América do Norte e na Europa esse fenômeno teve início há quase cem anos, no Brasil, por exemplo, ele começou na década de 1960 (Silva, 2005).

O processo de transição da estrutura etária pelo qual o Brasil está passando foi desencadeado pelo declínio significativo da mortalidade entre os anos 1940 e 1960 e pela redução das taxas de fecundidade a partir do final da década de 1960, que se generalizou rapidamente por todo o país (Carvalho, 2008). Isso levará a uma população com um perfil envelhecido e as mudanças demográficas mais notáveis ocorrerão nas faixas de idade extremas. É o que apontam projeções populacionais, que de acordo com Camarano (2010), indicam que a população muito idosa (80 anos ou mais), que em 2010 representava 14% da população idosa brasileira e 1,5% da total, em 2040, representará 25% da idosa e 7% da população total. Além disso, o indicador Razão de Suporte que reflete a relação demográfica entre pessoas que são potenciais cuidadores (entre 50 e 60 anos) e os que, em geral, precisam de cuidados (75 anos e mais), mostra que, em 2050, haverá apenas dois potenciais cuidadores para cada demandante de cuidado, comparados com cinco, existentes em 2000 (RIPSA, 2009).

O rápido processo de envelhecimento da população brasileira tem chamado atenção para as condições de saúde das pessoas durante os anos de vida adquiridos com o aumento da expectativa de vida, já que com isso tende a aumentar o número de idosos com perda de autonomia para as atividades do cotidiano. De acordo com Camarano (2010) estimou que em 2008, 3,2 milhões de pessoas declararam ter dificuldades para realizarem as atividades básicas do cotidiano (alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro). Isto representa um aumento de um milhão de pessoas em 10 anos. Destes, 63% eram do sexo feminino e 31,8% tinham mais de 80 anos. O que significa que a demanda por cuidados é predominantemente feminina e formada por pessoas muito idosas.

O aumento da expectativa de vida ao aumentar a possibilidade dos indivíduos idosos serem acometidos por doenças degenerativas e crônicas os tornam dependentes dos cuidados de alguém. No Brasil, a família ainda é vista como a principal fonte de apoio aos idosos no país. Porém, para Camarano (2010), o crescimento da população em idades mais avançadas ocorre juntamente com transformações estruturais nas famílias, decorrentes de mudanças na nupcialidade,

queda de fecundidade e ingresso maciço das mulheres no mercado de trabalho, além do surgimento de novos arranjos familiares, decorrentes de novas formas de união conjugal. Essas mudanças afetam a capacidade de as famílias ofertarem cuidados à população idosa, que parece diminuir à medida que sua demanda aumenta (Camarano, 2010). Ferreira (2007) salienta que a relação entre o idoso que potencialmente demanda assistência e o potencial cuidador informal tende a ficar cada vez mais desproporcional, devido ao envelhecimento populacional. Tais constatações colocam em evidência a questão do cuidado do idoso.

2.3 O APARATO INSTITUCIONAL DE APOIO AO IDOSO NO BRASIL

Até 1970, o cuidado com idosos no Brasil era de cunho caritativo e realizado principalmente por ordens religiosas ou entidades filantrópicas. O surgimento de uma legislação específica de proteção às pessoas idosas é recente e encontra-se definida na Constituição Federal de 1988, na Política Nacional do Idoso (1994), na Política Nacional de Saúde do Idoso (1999) e no Estatuto do Idoso (2003).

A constituição federal de 1988 estabelece que o amparo ao idoso seja dever da família, da sociedade e do Estado. No entanto, apesar de universalizar os benefícios de renda para idosos¹, que significou a “desfamiliarização” de seu sustento, garantindo um salário mínimo mensal ao idoso que comprovar não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, o artigo 230 define que o cuidado deve ser realizado “preferencialmente nos seus lares”, fazendo da família a principal responsável por ele (Camarano, 2010).

Os direitos e garantias dos idosos foram estabelecidos pela Política Nacional do Idoso (PNI), lançada em 1994 pela Lei 8.842/94, que considerou população idosa os indivíduos com 60 anos ou mais. Além disso, a lei criou o Conselho Nacional do Idoso, que prioriza o atendimento domiciliar, o estímulo à capacitação dos médicos na área da Gerontologia, e a divulgação de estudos e pesquisas sobre aspectos relacionados à terceira idade e ao envelhecimento. Além disso, na PNI constam dispositivos que priorizam, entre outros, o atendimento ao idoso no Sistema Único de Saúde e a criação de serviços alternativos de saúde, como casas-lares e hospitais-dia. Também foram definidos mecanismos que impedem a discriminação, que possibilitem a participação do idoso no mercado de trabalho e em eventos culturais, com a redução do preço de ingressos e que diminui as barreiras urbanas, causadas pelos limites físicos da idade. Por fim, foi assegurado ao idoso o direito de dispor de seus bens, pensões e benefícios (Silva, 2005).

Em setembro de 2003 foi aprovado o Estatuto do Idoso, mais abrangente que a PNI, que busca pelas condições mínimas de dignidade, liberdade e qualidade de vida para a terceira idade e criminaliza atos de violência contra idosos. Como na constituição, e na PNI, ele também prioriza o atendimento do idoso no interior da família, mas ressalta que na falta desta ou abandono, “a assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada”. Tais entidades devem inscrever seus programas junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e ao Conselho Municipal da Pessoa Idosa, e na falta desse último, junto ao Conselho Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa.

¹ Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC-LOAS).

Entre os programas governamentais para o amparo dos idosos podem ser citados o Programa de Saúde da Família (PSF), que faz visitas domiciliares e institucionais, o Programa de Vacinação em Idosos e o Pacto pela Vida, em que a saúde do idoso é uma das seis prioridades estruturadas pelo programa. Por fim, deve-se acrescentar que a população idosa é contemplada com direitos específicos nos Códigos Civil e Penal brasileiro.

2.4 AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO BRASIL (ILPI)

No Brasil, ainda são poucas os estudos que abordam a questão do cuidado aos idosos. Pesquisa realizada pelo IPEA entre 2007 e 2009 sobre as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) detectou a existência de 3548 ILPIs no país, localizadas em apenas 29,9% dos municípios. Estas instituições estão concentradas na Região Sudeste, onde estão presentes aproximadamente dois terços delas, distribuídas em 958 municípios da região. Em Minas Gerais foram identificadas 683 ILPIs.

Os residentes das ILPI constituem apenas 1% da população idosa brasileira, o que significa baixa cobertura. O que é explicado, segundo Camarano *et al.* (2010), pela baixa oferta de instituições, altos custos, preconceitos e estereótipos aliados ao fato de os idosos de hoje preferirem ser cuidados pelas suas famílias.

De acordo com Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 283 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as ILPI são instituições destinadas a moradias coletivas que atendem indivíduos idosos (acima de 60 anos), independentemente da disponibilidade de apoio familiar. Essas instituições devem estar preparadas para atender indivíduos com diversos graus de dependência, definidos de acordo com a necessidade de ajuda para desempenhar atividades da vida diária (AVD), tais como alimentação, mobilidade e higiene, e o nível de comprometimento cognitivo. Para auxiliar os idosos na execução dessas tarefas, as instituições deverão contar com um quadro de profissionais capacitados definido para cada nível de dependência do idoso. Além desses profissionais, as ILPI deverão contar com profissionais com formação superior para desempenhar atividades de lazer e um corpo administrativo e de apoio para o funcionamento da instituição fornecendo serviços de limpeza, lavanderia, alimentação, entre outros.

Apesar do aumento da demanda por ILPI, a imagem negativa destas instituições ainda permanece bastante arraigada no imaginário das pessoas. Parte deste preconceito em relação a estas instituições talvez possa ser atribuída ao seu processo histórico de constituição, uma vez que surgiram para abrigar pessoas em situação de pobreza, sem suporte da família e com problemas de saúde. Pollo e Assis (2008) lembram que quando não existiam instituições específicas para idosos, estes eram abrigados em asilos de mendicidade, junto com outros pobres, doentes mentais, crianças abandonadas e desempregados.

Esta imagem negativa em relação à mudança para uma residência de idosos também foi observada por Nascimento (2001) ao investigar, no município de Belo Horizonte, as expectativas quanto ao suporte familiar em idosas de diversos tipos de arranjo domiciliar. A recusa por este tipo de alternativa era fundamentada em dois aspectos principais: pela imagem negativa dos “asilos” e pela expectativa de serem cuidadas pelos filhos. Dentro da perspectiva das idosas estudadas por ele, as

residências para idosos são tidas como local de exclusão, onde vivem pessoas dependentes e doentes e os idosos são abandonados pelos parentes. Além disso, o autor destacou que existia uma expectativa por parte das idosas que possuíam filhos de serem cuidadas por eles em situações de perda de autonomia ou dependência, como forma de retribuir os cuidados recebidos ou pelo sentimento de amor cultivado na família. Também em pesquisa realizada por Camargos (2008) com idosos que residiam sozinhos em Belo Horizonte a família foi apontada como o refúgio ideal.

Pesquisa realizada pela fundação Perseu Abramo e o Serviço Social do Comércio (SESC) em 2006 sobre a expectativa na terceira idade mostrou que dentre a população não idosa, 76% respondeu que aceitaria morar em uma ILPI. Já entre os idosos, esse percentual foi de 67% (Camarano, 2010). Para Camarano (2007), essa proporção menor pode ser devido ao fato de que as gerações mais novas teriam uma visão mais favorável em relação às ILPIs, ou simplesmente porque esses indivíduos estão mais distantes dessa realidade.

3. METODOLOGIA

Para a caracterização das instituições de longa permanência para idosos da RMBH, foram investigadas 105 ILPI em 24 municípios, já que em dez deles (29%) não foram localizadas ILPI. Belo Horizonte concentrou a maior parte das instituições (64,8%), seguido de Santa Luzia (5,7%). De fato, foram localizadas e confirmadas 109 ILPI, mas os proprietários de quatro delas se recusaram a participar da pesquisa, sendo três em Belo Horizonte e uma em Lagoa Santa. A pesquisa de campo foi realizada entre março e julho de 2011.

4. RESULTADOS

As 105 ILPI da RMBH analisadas são, na sua maioria (56%), filantrópicas (tabela 1). As privadas (41,9%) estão restritas aos municípios de Belo Horizonte e Santa Luzia. Apenas duas ILPI são municipais, sendo uma localizada em Betim e a outra em Itaguara. O tempo médio de funcionamento das ILPI pode ser considerado elevado (22 anos), sendo que a mais recente possuía um ano e a mais antiga 99 anos.

Tabela 1: Natureza Jurídica das ILPI da RMBH

Natureza jurídica	Número	
	Abs.	%
Filantrópicas	59	56,2
Municipais	2	1,9
Privadas	44	41,9
TOTAL	105	100

Fonte: Pesquisa de campo do Projeto “População Idosa na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo sobre a institucionalização de longa permanência”, 2011

Seleção dos idosos

Das ILPI investigadas, apenas 19 apresentam critério de seleção por sexo, sendo que dessas uma é exclusiva para homens e 18 para mulheres. Assim, as ILPI mistas, todas com dormitórios separados por sexo, constituem a maioria.

Em relação à seleção por idade, 3% declaram não ter critério específico, 2% só aceitam idosos acima de 65 anos e o restante definiu como critério pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

Quanto à renda do idoso, uma em cada quatro instituições declarou ter algum critério. Essa seleção variou de acordo com a natureza da ILPI. As filantrópicas privilegiam os idosos mais carentes, enquanto as privadas aqueles com renda capaz de pagar as mensalidades.

Em 35,2% das ILPI existia uma seleção de acordo com o grau de dependência do idoso. Em 47,6% das ILPI não são aceitos idosos que apresentem demência. No caso de doenças, 51,4% declaram que não aceitam pessoas com determinadas doenças, com destaque para as infectocontagiosas (29,5%).

Lista de espera

Em 60% das ILPI investigadas foi relatada a presença de listas de espera. Os interessados em vagas tinham os nomes, contatos e características dos idosos anotados. A admissão do idoso, quando surgia uma nova vaga, dependia da avaliação da sua situação socioeconômica e de saúde. Neste caso, o grau de dependência pareceu ser determinante na escolha, sendo que em alguns locais há preferência por pessoas independentes. Outros afirmaram que cuidavam de idosos mais dependentes desde que a dependência surgisse após mudança para a ILPI.

Nas ILPI filantrópicas, 70,5% apresentavam listas de espera contra apenas 45,5% nas privadas. Foram comuns os relatos de longas listas entre as entidades filantrópicas. Analisando por município, apenas instituições localizadas em Florestal, Igarapé, Jaboticatubas e São Joaquim de Bicas negaram a existência de lista. Nos outros municípios, pelo menos uma ILPI mencionou o cadastro de espera. Em Belo Horizonte, 39 ILPI (57,4%) mencionaram a lista de reserva.

Chegada do idoso à instituição

O encaminhamento do idoso à ILPI é realizado em sua maioria pela família (86,7%), seguido dos conduzidos por algum um órgão público (5,7%). Quanto ao motivo de encaminhamento mais frequente, 73,3% declarou que o idoso é encaminhado por dificuldade da família para cuidar do residente com fragilidade (física e/ou mental). Além desse motivo, 16,2% das ILPI visitadas declarou que o idoso é encaminhado por abandono ou ausência da família; 3,8% atribuíram o encaminhamento às dificuldades no relacionamento familiar e a mesma porcentagem de ILPI declarou que o idoso é encaminhado por necessidade de convívio social. Finalmente, 2,9% das ILPI declararam que o idoso é levado por carência financeira própria ou da família.

Em geral, as instituições definem um prazo de trinta dias para que os residentes se adaptem a nova rotina. Nesse período, é trabalhada a socialização do novo morador. Caso o idoso não se habitue à nova rotina, ele é convidado a retornar a

sua casa. Em muitas residências, os idosos são observados mais de perto pela equipe de saúde e pede-se a família que os visite com maior frequência. Porém, há casos de ILPI que pedem à família para não ficar muito próxima, pois acreditam esse comportamento poderia atrapalhar a adaptação do idoso. Das ILPI investigadas, 88,6% declarou que não é um comportamento comum o idoso voltar a morar com a família.

Visitas

Tomando como base o critério visitas, pode-se verificar que 84,8% das instituições mantêm algum registro das visitas recebidas pelos residentes. De acordo com o regime de funcionamento tem-se que 40% das ILPI não definem horários para visitas e nem para entrada/saída dos residentes, 31,4% definem somente para visitas, 7,6% definem apenas para entrada/saída dos residentes e 22% definem horários para visitas e para entrada e saída dos residentes.

Em 76,2% das instituições não existem dias pré-estabelecidos para visitas. Segundo relato dos entrevistados, um em cada quatro residentes recebe visitas pelo menos uma vez por semana. Já 35,2% dos idosos recebem visitas pelo menos uma vez por mês.

Posteriormente, constatou-se que 76,2% das instituições possuem alguma atividade com o objetivo específico de manter vínculo dos residentes com seus familiares. Dentre essas atividades, podem-se citar, principalmente, as festas comemorativas em geral (aniversariantes do mês, dia dos pais, dia das mães, natal, páscoa), reuniões, festa da família, missas, telefonemas e cartas.

Rotina

Com relação à rotina, 50,5% dos entrevistados responderam que os idosos não possuem horários previamente estipulados para tomar banho e dormir. Em apenas 33,3%, quando capazes, os idosos podem participar do cuidado da roupa (lavar, passar) e 19% podem participar da preparação das refeições. Ou seja, em praticamente a metade das ILPI há controle de horários e na maioria não é permitida a participação de idosos, mesmo quando aptos, em atividades rotineiras de uma residência.

Em 99% das instituições, a sala de estar constitui o local onde os idosos se encontram para conversar e/ou descansar. Noventa e oito por cento das ILPI desenvolvem alguma atividade de lazer com seus residentes, sendo elas: festas comemorativas/ bailes (96,2%), passeios (65,7%), caminhada/ ginástica/ hidroginástica (69,5%), jogos (73,3%), dança/ música/ cinema/ vídeos/ teatro/ museus (84,8%) e bazar (37,1%).

Alimentação

No item alimentação, quem geralmente decide o cardápio é a nutricionista (68,6%), seguido da gerência da ILPI (12,4%), da equipe de cozinha (9,5%) e da equipe de saúde (9,5%). Há uma definição prévia do cardápio semanal em 81% das ILPI. Em 96,2% das instituições os idosos possuem refeições diferenciadas em caso de restrição de dieta. Em 78,1%, há possibilidade dos idosos comerem fora do horário

estipulado para a alimentação. A maior parte das residências servem seis refeições por dia (57,1%).

No item café da manhã, em 100% das instituições é servido, no mínimo, café, leite e pão, sendo acompanhado principalmente por biscoitos (44,8%) e frutas (21%). No almoço, em 100% das residências é servido, no mínimo, arroz, feijão, carne, legume e verdura, e em 40% das ILPI serve-se algum complemento. No jantar, a maioria das casas serve algum tipo de caldo (96,2%), podendo servir também o mesmo cardápio do almoço (13,3%) ou algum outro tipo de comida (20%).

Mensalidades

Do total de ILPI investigadas, apenas 8,6% declararam que não cobram mensalidade dos residentes. Das 96 ILPI que recebem mensalidades, 60 apresentam variações em relação ao valor cobrado. O valor das mensalidades variou de 0,3 a 9,2 salários-mínimos² (SM). Como existe uma variação entre o valor das mensalidades de cada residente, foi perguntado o valor recebido mais frequentemente. A média do valor pago pela maioria neste caso foi de 2,1 SM. Nas ILPI filantrópicas, o valor da mensalidade variou de 0,3 SM a 4,0 SM, com o valor médio pago pela maioria de 1 SM. Já nas privadas com fins lucrativos, esses valores foram 0,7 SM, 9,2 SM e 3,5 SM, respectivamente.

Informações financeiras

Foi observada uma grande resistência por parte das ILPI em fornecer as informações referentes a gastos e receita. Apenas 69,5% forneceram todas as informações solicitadas. Vinte por cento das ILPI optaram não fornecer qualquer dado referente a esta parte do questionário, sendo que algumas chegaram a mencionar que o termo de consentimento da pesquisa assinado, reserva-lhes este direito. Em outros casos as instituições forneceram apenas parte das informações.

Mesmo não possuindo todos os dados das ILPI, optou-se por apresentar as informações coletadas e, para isso, destaca-se o número de observações (n) para em alguns casos. É importante ressaltar que como algumas ILPI não possuem determinados gastos, como por exemplo com aluguel, o número de observações foi estimado considerando apenas aquelas ILPI que relataram o valor do gasto e/ou receita.

O gasto mensal aproximado das ILPI variou de 4,9 a 256,9 SM, com média de 51,8 SM. As ILPI privadas apresentaram uma média superior de gastos mensais (61,8 SM), se comparadas às filantrópicas (45,8 SM).

Considerando o total de residentes de cada ILPI, gasto mensal aproximado por residente nas instituições privadas foi de 2,8 SM, enquanto nas filantrópicas de 1,5 SM. Houve uma grande variação na média de gastos por residente de 0,4 a 9,2 SM. Observa-se que, para as instituições que informaram este valor, 18,7% delas gastam menos de um SM por residente e 50% tem gasto mensal aproximado por residente de 1,7 SM.

² Durante as entrevistas, as informações foram coletadas em reais. Para a apresentação dos resultados, fez a opção de apresentar as informações financeiras em salário-mínimo. Cabe mencionar que o salário-mínimo vigente na época da pesquisa era de R\$545,00.

Foi possível observar uma grande variação no gasto total com recursos humanos (1,5 a 128,4 SM). Novamente, os relatos de gastos nas ILPI privadas foram superiores (31,95 contra 29,9 SM). A proporção média de gastos com recursos humanos foi de 59,2%, sendo 65,4% nas filantrópicas e 51,7% nas instituições privadas com fins lucrativos. A despesa média com recursos humanos por residente era de 1,1 SM, ficando em 0,9 SM nas filantrópicas e 1,4 SM nas privadas.

A metade das ILPI apresentaram gastos de até 3,3 SM com despesas fixas, como água, luz, telefone e gás. Houve casos de ILPI que declararam valores muito baixos referentes a estas despesas, como por exemplo, 0,1 SM. Nestes casos, acredita-se que a informação diz respeito ao que é pago diretamente pela ILPI e que haveria alguma forma de subsídio para estas despesas ou pagamento por terceiros.

Os gastos com alimentos, apurados para 73 instituições, variaram de 0,7 a 38 SM (média de 5,3 SM), com gasto por residente era de 0,2 SM. Nas ILPI filantrópicas os dispêndios com alimentação por residente eram de 0,2 SM, com média de despesas 4,3 SM. Já nas privadas, a média de despesas com alimentação foi de 6,8 SM, em torno 0,3 SM por morador.

Despesas com aluguel (n=32), fraldas (n=42), medicamentos (n=47) e combustível veicular (n=50) tiveram um número de observações menores, uma vez que muitas das respondentes declaram não ter este tipo de gasto.

No caso do aluguel, das 76 ILPI que responderam a este quesito 58% declararam que não possuem esse dispêndio. A média das despesas com aluguel era de 8,5 SM, sendo 3,7 SM nas filantrópicas e 9,6 SM nas privadas com fins lucrativos.

Quarenta e cinco por cento das ILPI afirmaram que não possuem gastos com a compra de fraldas geriátricas. Os gastos variam entre as instituições de 0,1 a 14,7 SM, sendo que 50% das que declararam este tipo de gasto dispêndiam até 1,8 SM. As despesas com medicamentos que variaram entre 0,1 e 10,5 SM, tiveram média de 1,5 SM.

Finalmente, os gastos com combustível, material de limpeza e outras despesas eram em média de 0,7 SM, 1,3 SM e 4,9 SM, respectivamente.

Diferentemente da parte de despesas, o item do questionário referente à receita não contém uma questão única que contemple o total das receitas. Além disso, foi encontrada uma resistência ainda maior por parte dos respondentes para informar esses dados.

O valor total recebido dos residentes apresentou grande variação (de 2,5 a 253,2 SM) e teve média de 43 SM. Nas ILPI privadas a média foi de 70,3 SM (variando de 2,5 a 256,9 SM) e nas filantrópicas de 26,8 SM (variando de 3,7 a 108,3 SM). Recursos próprios ou da mantenedora, doações e outras fontes tiveram uma média de receita de 15 SM, 10 SM e 6,8 SM, respectivamente.

Apenas 21 ILPI declararam receber financiamento público fixo mensal para custeio de suas despesas. Este valor está em torno de 12,1 SM mensais, chegando ao valor máximo de 28,8 SM.

Parcerias

As parcerias, consideradas muitas vezes fundamentais para o funcionamento das instituições, são estabelecidas a fim que obter ajuda financeira e serviços como

saúde, educação e lazer. Em geral, são firmadas com o governo (municipal, estadual ou federal), universidades e sociedade. Das ILPI investigadas 62,9% alegaram ter pelo menos uma parceria firmada. As parcerias com prefeituras (40%), SERVAS (24,8%) e universidades (21,9%) foram as mais frequentemente relatadas. No caso das ILPI filantrópicas, 83,6% relataram algum tipo de parceria, contra 34,1% das privadas.

Política de funcionamento

Na grande maioria das instituições (94,3%), a permanência dos idosos é formalizada mediante a assinatura de um contrato com os residentes ou com seus parentes. Da mesma forma, 92,4% delas possui um estatuto com as regras de funcionamento assim como existe um registro de cada idoso (96,2%).

No que diz respeito à existência de alvará sanitário atualizado, 65,7% afirmaram possuir. Tem-se, portanto, que proporção significativa (34%) não possuía alvará no momento da entrevista.

A maioria possui inscrição do seu programa junto ao Conselho do Idoso (72,4%) e, por fim, apenas 2,9% dessas instituições disseram aceitar residentes com menos de 60 anos.

Cuidados com a segurança

Sobre a existência de luz de vigília e campainha de alarme, menos da metade (39,0%) afirmaram possuir tais dispositivos de segurança para os idosos.

Para facilitar o acesso e movimentação dos residentes, 89,5% informaram que tiveram que construir rampas e corrimões, tendo 56,2% afirmado que receberam advertência a esse respeito. Segundo informação de 62,9% das instituições, é necessário notificar a Anvisa em caso de queda com lesão.

Estrutura física

A maioria das instituições possui refeitório (98,1%), jardim, pátio ou quintal (95,2%), lavanderia (95,2%), sala de estar e/ou TV (88,6%), sala de administração (87,6%) e vestiário para funcionários (79,0%).

Com uma participação menor, estão as instituições com sala ecumênica ou capela (45,7%), horta/pomar (45,7%), sala específica para cuidados de enfermagem (44,8%), consultório para profissionais de saúde (44,8%) e sala de ginástica e/ou fisioterapia (38,1%).

Por fim, poucas instituições possuem salas de jogos (14,3%), biblioteca (11,4%) e piscina (8,6%).

Quanto à existência de dormitórios com banheiro, 33,3% informaram não possuir, e 34,3% confirmaram a existência de alguns. Em 19,0% das ILPI, todos os dormitórios possuem banheiro.

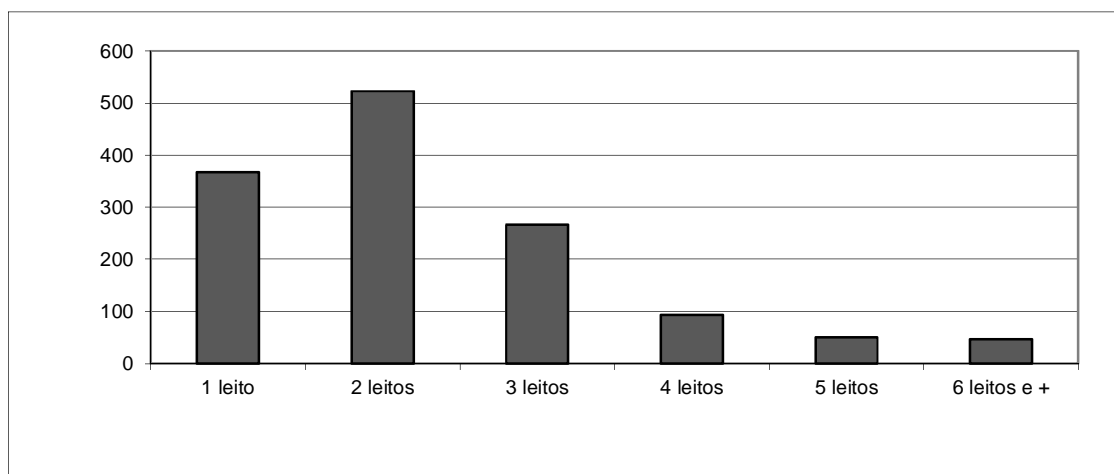
Na maioria das instituições existem telefone (98,1%) e veículo próprio (50,5%) que os residentes podem utilizar, em caso de necessidade.

Quanto ao porte, apenas 14,6% possuem 50 ou mais leitos. Quanto ao número de leitos femininos disponíveis, apenas 5% possuem 50 ou mais. Já nos caso dos leitos masculinos, esse percentual é de apenas 1%.

A respeito do número de leitos por quartos, 42,9% das instituições não possuíam quartos com apenas um leito. Em 20%, foi apontada a existência de um quarto com um leito e em 11,4% delas existiam apenas dois quartos com um leito. Quanto aos quartos com dois leitos, 18,1% das instituições não possuíam; em 42,9% delas o número de quartos com dois leitos variava de um a quatro. No outro extremo, 20% possuíam quartos com seis ou mais leitos. Observando o número de quartos segundo a quantidade de leitos, observa-se que aqueles com dois leitos são a maioria (gráfico 1).

Sobre o quadro de funcionários que cuidam diretamente dos residentes, apenas 15,2% das instituições afirmaram não possuir cuidadores de idosos contratados ou cedidos; 10,5% delas contavam com um e 12,4% com dois cuidadores. Cabe ressaltar que 63% das instituições informaram que é grande a rotatividade dos cuidadores. Ainda sobre esse tipo de funcionário, em 76,2% das instituições, todos participaram de algum tipo de capacitação; em apenas 5,7 os cuidadores não haviam feito. No outro extremo, em 6% delas, nenhum cuidador havia participado de tal curso. Quanto à participação dos cuidadores em cursos de treinamento nos últimos dois anos, 67,6% informaram que sim. A respeito da organização desses cursos, 33,3% foram organizados pela própria instituição e 15,2% pela prefeitura. Em 17,1% das ILPI, não existiam técnicos de enfermagem e em 16,2% havia apenas um. Quanto ao número de enfermeiros contratados ou cedidos, 44,8% informaram não possuir nenhum, enquanto em 45,7% das instituições existiam apenas um. Já os auxiliares de enfermagem, não existiam em 61,9% das instituições. Em 21,9% delas, existiam um ou dois desses profissionais.

Gráfico 1: Número de quartos segundo quantidade de leitos



Fonte: Pesquisa de campo do Projeto “População Idosa na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo sobre a institucionalização de longa permanência”, 2011

Em 35,2% das instituições, não existiam médicos contratados ou cedidos e, 60% delas, contava com um. Já dentistas, contratados ou cedidos, não existiam em 90,5% das instituições. Em 5,7% delas, havia um.

A respeito de nutricionistas, 40,0% das instituições não possuíam esse profissional; 57,1% contavam com um.

Quanto a fisioterapeutas, eles não existiam em 29,5% das instituições; 54,3% delas contavam com um. Não existiam professores de educação física em 89,5% das instituições; em 5,7% delas havia um.

Em 50,5% das instituições não havia terapeuta ocupacional; em 42,9% delas havia um. Já psicólogos, não existiam em 73% das ILPI, tendo sido informada a existência de um em 20% delas.

Por fim, quanto a fonoaudiólogos e assistentes sociais, eles não estavam presentes em 71,4% e 76,2% das instituições, respectivamente. Em 25,7% delas havia um fonoaudiólogo e 20,0% contavam com um assistente social.

A respeito de outros tipos de funcionários, 80% das instituições não contavam com um porteiro. Quanto a faxineiros, 9,5% das instituições informaram não possuir; em 34,3% delas existia um e em 28,6%, havia dois. Lavadeiras e ou passadeiras não existiam em 38,1% das instituições; também em 38,1%, existia um. Em 5,7 das instituições não havia cozinheiro; 31,4% delas contavam com um e 47,6%, com dois.

Rotatividade de funcionários

Das instituições entrevistadas, 37,1% enfrentam uma alta rotatividade dos funcionários que são cuidadores. Estimulados a falarem sobre este tema, a maioria justifica que o fato dos salários serem baixos, muitos profissionais preferem trabalhar em hospitais. Alguns justificaram como resultado das exigências da parte administrativa da casa. Outros relataram que o problema poderia ser atribuído à falta de paciência com o idoso, à falta de afinidade e compromisso dos funcionários, a não adaptação e ao despreparo emocional.

Voluntários e Estagiários

Das instituições entrevistadas, 48,6% recebem, no mínimo, o auxílio de um voluntário, podendo-se citar os mais frequentes: cuidadores de idosos, cozinheiras, manicures, cabeleireiros, médicos e motoristas. Ao lado desses, tem-se que 59% das ILPI recebem pelo menos o auxílio de um estagiário, entre eles: cuidadores, serviço social, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas e psicólogos.

Assistência à saúde

O principal local onde os residentes recebem atendimento quando necessitam de cuidados de saúde é a rede SUS (61,9%). Salienta-se que 47% dos responsáveis pelas ILPI afirmaram que os residentes são acompanhados pelo PSF.

Em caso de emergência e/ou hospitalização, em 76,2% das ILPI foi declarado que a família é chamada para tomar as providências. Nesses casos, em 41% das ILPI foi mencionado que os idosos ficam com familiares ou amigos, em 31,4% com um representante da instituição, em 26% com auxílio pago e em 1% os idosos permanecem desacompanhados.

Foi constatado que 84,8% das ILPI recebem medicamentos do SUS. É importante destacar que inclusive as particulares têm recebido este auxílio. Das 89 ILPI que

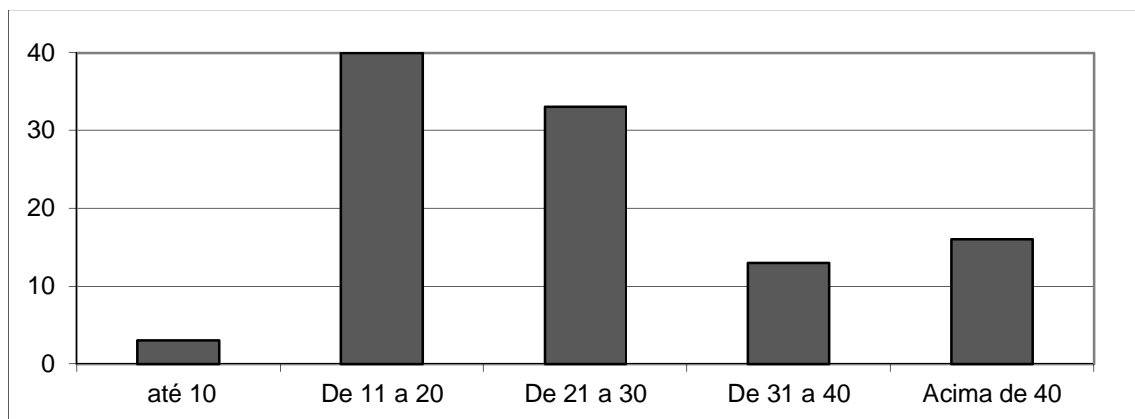
ganham medicamentos, 50 reclamaram que encontram dificuldades para recebê-los. Sobre essas dificuldades as queixas mais frequentes dizem respeito à falta de alguns medicamentos na unidade de saúde, principalmente os mais caros e os psiquiátricos; a má vontade de alguns funcionários em fornecê-los; e a burocracia para liberação dos remédios. Em 45,7% das ILPI os familiares do residente fornecem medicamentos de uso contínuo.

Em aproximadamente 50% das ILPI são fornecidas fraldas geriátricas aos residentes pela própria instituição. Em apenas duas nenhum dos moradores utilizam esse tipo de fralda. Além das ILPI, amigos, governo, a comunidade e os familiares também auxiliam no fornecimento de fraldas.

Os idosos institucionalizados

O número total de idosos em cada ILPI variou de 7 a 96, com média de 27,4 residentes por ILPI. A maioria das ILPI possui entre 11 e 20 residentes (Gráfico 2). Teve-se uma grande dificuldade em fechar o número de idosos em cada ILPI por sexo, dependência e grupo etário. Ressalta-se que este trabalho não foi direcionado especificamente para a população institucionalizada e sim para as ILPI, mas pretendia-se, na medida do possível, de explorar essas informações.

Gráfico 2: Número de ILPI segundo quantidade de residentes



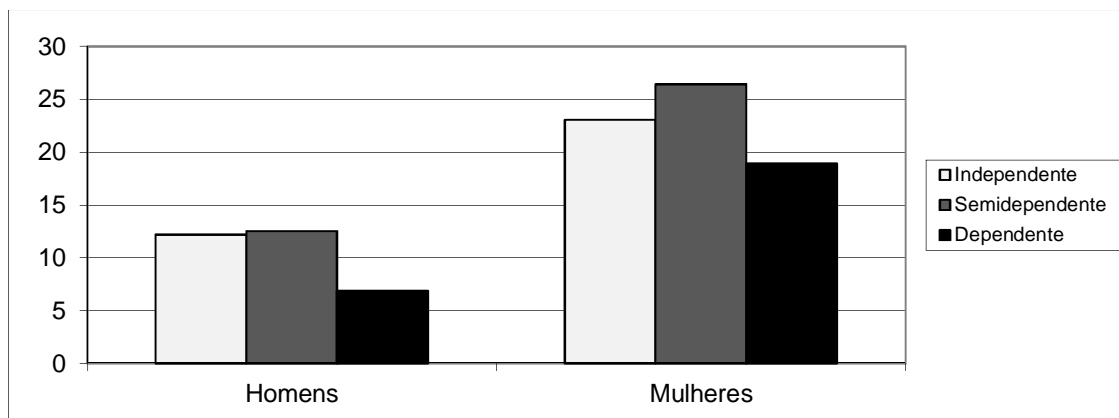
Fonte: Pesquisa de campo do Projeto “População Idosa na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo sobre a institucionalização de longa permanência”, 2011

Em relação à informação sobre o sexo dos residentes, foi informado que havia em torno de 847 homens institucionalizados, enquanto o número de mulheres era de aproximadamente 1785.

Com menos de 60 anos, moravam nas 105 ILPI um total de 89 idosos. Entre 60 e 69 anos, residiam 487 idosos; entre 70 e 79 anos, 849 idosos; entre 80 e 89 anos, 870 idosos; com idade maior ou igual a 90 anos, 333 idosos, e com idade desconhecida foram declarados 4 idosos.

A distribuição dos residentes por grau de dependência e sexo (gráfico 3), mostra que a maioria dos idosos é semidependente.

Gráfico 3: Proporção de residentes nas instituições de longa permanência segundo sexo e grau de dependência



Fonte: Pesquisa de campo do Projeto “População Idosa na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo sobre a institucionalização de longa permanência”, 2011

Percepção dos entrevistados sobre as ILPI

No que diz a respeito da opinião dos entrevistados sobre a preferência de moradia dos idosos, tem-se que 52,4% creem que os residentes prefeririam morar com seus familiares.

Para 34,3% dos entrevistados, os residentes estariam mais felizes morando com seus familiares. Segundos eles, os idosos sentem falta de casa e da família e queriam estar na sua companhia. Muitos entrevistados julgaram que os laços familiares são melhores para os idosos e que nenhum cuidado e carinho substituem o da família. Muitas vezes o idoso quer voltar, mas os familiares não podem cuidar adequadamente.

Os 63,8% que acreditam que os residentes não estariam felizes com a família, argumentam que os parentes não possuem tempo e nem paciência para cuidar dos idosos. Além disso, afirmam que as ILPIs oferecem cuidados, amor, atenção, carinho, estrutura e alimentação que a família do idoso não pode oferecer. Há casos de idosos que sofriam maus tratos e ficavam abandonados. Muitos idosos perderam os vínculos familiares e na instituição encontraram um lar.

Oitenta por cento dos entrevistados acreditam que as atividades desenvolvidas na ILPI reproduzem a rotina de uma casa para os idosos. Porém 81,9% dos entrevistados acham que a instituição precisa passar por mudanças para melhor atender aos idosos.

Em 77,1% das instituições existe algum planejamento para implementar mudanças nos próximos 6 meses e 91,4% acreditam que o atendimento prestado na ILPI atende às demandas dos idosos residentes.

Quando os entrevistados foram questionados se morariam ou não em uma ILPI ao completar 60 anos ou mais, 81,9% responderam que sim e se justificaram ressaltando sempre a boa qualidade do serviço prestado pela ILPI, os cuidados da instituição para com os idosos, a capacidade dos profissionais, a assistência integral aos residentes, a alimentação, a convivência entre as pessoas, o amor e a atenção ofertados aos idosos, a tranquilidade e segurança do local, o clima parecido com o de uma casa, os vínculos familiares, o atendimento prestado com excelência, o fato de conviverem com pessoas da mesma idade e ainda respondentes que preferem morar em uma ILPI para não dar trabalho aos filhos. Há casos de entrevistados que inclusive já moram na instituição.

Ao lado desses, 18,1% disseram que não residiriam em uma ILPI após os 60 anos, justificando sempre que preferem morar em casa com a família, por possuir boas relações familiares, esperar que os filhos cuidem deles, pela falta de privacidade e porque o lugar parece triste e abandonado. Muitos entrevistados responderam que somente morariam se ficassem sozinhos e não tivessem ninguém da família para cuidar.

Dificuldades enfrentadas pelas ILPI

Segundo os entrevistados, a principal dificuldade enfrentada pelas instituições é de ordem financeira. A maioria das ILPI filantrópicas mencionou que o valor gasto para os cuidados dos idosos é superior à quantia recebida dos residentes, doações e repasses da prefeitura.

Uma segunda dificuldade relatada foi a falta de visitas e de assistência dos familiares, que muitas vezes colocam os idosos em casas de repouso e, posteriormente somem, abandonando-os.

Outro fator preocupante enfrentado pelas ILPI é a falta de assistência médica e a dificuldade em consultas especializadas. Ainda em relação ao cuidado, os entrevistados relataram que a contratação de funcionários tem sido um desafio, que faltam profissionais capacitados e que é grande a rotatividade.

Muitos entrevistados falaram da incoerência dos órgãos de fiscalização que, em sua opinião, a cada hora cobram algo diferente. A falta de apoio dos órgãos públicos foi bastante ressaltada. Alguns mencionaram como dificuldade a infraestrutura do local e a falta de transporte para os idosos.

Quando perguntados sobre o que deveria ser feito para diminuir as dificuldades, aqueles das ILPI filantrópicas afirmaram que uma maior ajuda do governo, mais doações da comunidade e um aumento no número de parcerias já ajudaria as instituições a terem condições de oferecer melhores cuidados e receber um número maior de residentes. Em relação aos funcionários, foi proposta a melhoria dos cursos para os cuidadores de idosos, de modo a melhorar a capacitação e a formação desses profissionais. Os entrevistados mencionaram ainda o estatuto do idoso que na maioria das vezes não é seguido e que deveria haver uma participação firme dos órgãos públicos nesse sentido.

Sobre o fato de o número de ILPI ainda ser pequeno, na opinião das pessoas entrevistadas, isso resulta do seu alto custo, da falta de incentivo do governo e da alta cobrança e exigência dos órgãos fiscalizadores. Ao lado desses, alguns atribuem essa escassez ao fato de o cuidado ao idoso ser muito difícil, exigindo grande responsabilidade e, também, pela falta de profissionais que se interessam

em trabalhar com essa população. Há ainda os que disseram que o número de instituições tem crescido bastante, porém não são regularizadas.

5. CONCLUSÕES

A existência de lista de espera evidencia que a demanda por ILPI na RMBH é maior que a oferta. A triagem, por sua vez, revela que há idosos que procuram uma ILPI e que não são admitidos em decorrência de seu maior grau de dependência. Portanto, este estudo reforça a necessidade de expansão da oferta de ILPI e a importância de repensar a assistência aos idosos com maior grau de dependência.

Trabalho da FJP (2012) também mostrou que entre 1998 e 2008, o percentual de idosos morando sozinho aumentou. No caso dos homens, essa proporção passou de 7,5% para 8,4% e das mulheres de 14% para 19,5%. Considerando-se, que o principal motivo alegado para a procura por uma ILPI foi o aparecimento de uma doença em idosos que moravam sozinhos, entende-se que a procura por essas instituições tende a crescer.

São inúmeras as dificuldades enfrentadas por essas instituições, com destaque para as de ordem financeira, de contratar e manter profissionais capacitados, e de acesso aos serviços de saúde. A esse respeito, chama a atenção o fato de que menos da metade das instituições ter seus idosos acompanhados pelo Programa de Saúde da Família. Também foi mencionada a dificuldade em atender as exigências dos órgãos de fiscalização, sendo que um percentual não desprezível dessas instituições possuía alvará de funcionamento no momento da entrevista (34%).

Acredita-se que os resultados obtidos possam servir de subsídio para orientar diretamente os gestores públicos, diante de uma crescente demanda por cuidados de longa permanência à população idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Camarano, A.A. 2008. Cuidados de longa duração para a população idosa: família ou instituição de longa permanência? *Sinais Sociais* 3(7): 10-39.

Camargos, M.C.S. 2008. *Enfim só: um olhar sobre o universo de pessoas idosas que moram sozinhas no município de Belo Horizonte (MG), 2007*. 138 f. Tese (Doutorado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Camargos, M.C.S., Machado, C.J. Rodrigues, R.N. 2008. Life expectancy among elderly Brazilians in 2003 according to different levels of functional disability. *Cadernos de Saúde Pública* 24(4): 845-852.

Ferreira, A.R.S. 2007. *Perspectivas da oferta de cuidadores informais da população idosa, Brasil 2000-2015*. 118 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011. Censo 2010: primeiros resultados – pirâmide etária. Acesso em: 22/03/2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

IPEA. 2010. *Características das instituições de longa permanência para idosos – Região Sudeste*. Rio de Janeiro: IPEA, 242p.

Nascimento, M.R. 2001. *Feminização do envelhecimento populacional: expectativas e realidade de mulheres idosas quanto ao suporte familiar*. In: Wong, L.L.R. (Org.) O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, cap. 7, p. 191-218.

RIPSA, 2009. Demografia e Saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 144p.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2007. *World Population Prospects: The 2006 Revision*. CD-ROM Edition – Extended Dataset in Excel and ASCII formats (United Nations publication, Sales No. E.07.XIII.7).