



Caracterização das Instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belo Horizonte

Characterization of long-term care facilities for the elderly in the metropolitan region of Belo Horizonte

Tatiana Teixeira Barral de Lacerda¹
Natália de Cássia Horta²
Marina Celly Martins Ribeiro de Souza³
Tatiana Resende Prado Rangel de Oliveira⁴
Karla Geovani Silva Marcelino⁵
Quesia Nayrane Ferreira⁵

Resumo

Objetivo: caracterizar as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, nos aspectos administrativos e assistenciais. Método: trata-se de pesquisa exploratória, de abordagem quantitativa, em que se buscaram fontes primárias e secundárias no mapeamento de 170 ILPI. Para a caracterização, utilizou-se um questionário estruturado, cuja coleta deu-se no período entre novembro de 2014 e dezembro de 2015 por meio de contato telefônico e visita às ILPI, cenário deste estudo. Em seguida, procedeu-se à análise estatística descritiva dos dados coletados. Resultados: entre as 156 instituições participantes prevalecem as privadas e de caráter misto, com predominância de residentes do sexo feminino e de grau de dependência I e II, com ampla ocupação. As ILPI filantrópicas utilizam diretamente as aposentarias dos idosos para custeio, apesar de a maior parte delas receberem subvenção governamental. No que diz respeito às atividades ofertadas, foram semelhantes os resultados entre filantrópicas e privadas, diferentemente da composição da equipe que apresentou mais profissionais da saúde nas privadas e assistentes sociais e psicólogos nas filantrópicas. Conclusões: houve grande participação das ILPI, apesar de fatores limitadores como o instrumento e estratégia de coleta. Ressalta-se a necessidade da priorização do idoso na elaboração de políticas para a qualificação do cuidado ao idoso institucionalizado, bem como a possibilidade de interlocução entre as ILPI para minimizar o abandono do Estado.

Palavras-chave: Idoso.
Instituição de Longa
Permanência para Idosos.
Envelhecimento. Saúde do
Idoso.

¹ Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), Instituto de Ciências Biológicas e de Saúde, Departamento de Fisioterapia. Betim, MG, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), Instituto de Ciências Biológicas e de Saúde, Departamento de Enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ The College of New Jersey, Department of Public Health, School of Nursing, Health and Exercise Science. New Jersey, USA.

⁴ Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), Instituto de Ciências Biológicas e de Saúde, Departamento de Nutrição. Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁵ Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), Escola de Enfermagem, Núcleo de Pesquisa Processos Heurísticos e Assistenciais em Saúde e Enfermagem (PHASE).

Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), no Edital Universal Processo nº 456804/2014-5; Vigência aprovada: novembro 2014 / outubro 2017, pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) PUC Minas e pelo Fundo de Incentivo a Pesquisa (FIP) PUC Minas.

Abstract

Objective: to characterize Long Term Care Facilities for the Elderly (LTCFs) from the Metropolitan Region of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil in terms of administrative and care aspects. Method: an exploratory, quantitative study was conducted in the MRBH, with primary and secondary sources used to map the LTCFs. A structured questionnaire was used for characterization, and data was collected between November 2014 and December 2015 through telephone contact and site visits to the LTCFs. A descriptive statistical analysis of the data was subsequently performed. Results: the 156 participating institutions included private and mixed institutions, with predominantly female residents with dependency levels I and II, and elevated levels of occupation. Philanthropic LTCFs directly receive the retirement pensions of the elderly persons, although most also receive a government grant. The results in terms of activities offered were similar for the philanthropic and private facilities, while the staff of the private facilities had more health professionals and the philanthropic facilities had more social workers and psychologists. Conclusions: there was significant participation among the LTCFs, despite the limiting factors of the study such as the data collection instrument and strategy. It is important to prioritize the elderly when creating policies to improve care for institutionalized individuals, as well as facilitating interlocution between LTCFs to minimize the abandonment of state participation.

Keywords: Elderly. Homes for the Aged. Aging. Health of the Elderly.

INTRODUÇÃO

O Brasil atravessa um período de transição demográfica, envelhecimento populacional decorrente da redução na taxa de natalidade e diminuição da taxa de mortalidade¹. Em uma década, a proporção de idosos passou de 9,7%, em 2004, para 13,7%, em 2014², e as projeções apontam para 18,6% em 2030 e 33,7% em 2060³. Dados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio mostram que a população de idosos no Brasil alcançou mais de 27,8 milhões em 2014⁴. Portanto, o país enfrenta situações de enfermidades complexas e onerosas, típicas dos países longevos, caracterizadas por doenças crônicas⁵.

Considera-se que, pelas mudanças e dilemas sociais, somada ao aumento do número de idosos, a demanda por instituições que prestem atendimento a esse público vem crescendo constantemente¹. Esse fenômeno depende de fatores culturais, grau de suporte familiar e disponibilidade de serviços alternativos. A legislação brasileira preconiza que os cuidados devem ser realizados pela família, entretanto, muitas delas não dispõem de condições e de tempo para arcar com os cuidados de seus idosos, sendo as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) uma alternativa para preservar

a vida do idoso⁶. Entretanto, os cuidados de longa duração à pessoa idosa são considerados uma grande lacuna nas políticas públicas, seja no setor de saúde ou de políticas sociais⁷. As ILPI deveriam ser um dos elos da rede de cuidados ao idoso, resultado de uma política pública, mas o que se percebe é certo descaso com a temática⁸.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada¹ realizou, em 2008, levantamento nacional sobre a população de idosos residentes em ILPI e identificou em Minas Gerais (MG) 683 instituições, distribuídas em 476 municípios dos 853 existentes, que abrigam cerca de 1% da população idosa mineira⁹. A carência de estudos que traçam o perfil das ILPI no Brasil reforça a necessidade de aprofundamento nesse âmbito pelo crescente aumento de ILPI atrelado à grande lacuna política e, ainda, ao interesse da sociedade pelas questões relativas ao envelhecimento, seja pela dimensão de mercado ou pela projeção futura do processo de viver. Na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), há uma escassez de fontes confiáveis na recuperação de dados das ILPI, ressaltando a importância de estudos nessa área. Desta forma, o presente estudo tem por objetivo caracterizar as ILPI na RMBH nos aspectos administrativos e assistenciais.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa descritivo-exploratória de abordagem quantitativa, tendo como cenário os 34 municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), em Minas Gerais. Essa é a terceira maior aglomeração urbana do Brasil, com aproximadamente 5,4 milhões de habitantes. Foram incluídos neste estudo 22 do total de municípios, aqueles que tinham uma ou mais ILPI, sendo eles: Belo Horizonte (BH), Betim, Brumadinho, Caeté, Contagem, Esmeraldas, Florestal, Ibirité, Igarapé, Itaguara, Jaboticatubas, Lagoa Santa, Mateus Leme, Matozinhos, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, São Joaquim de Bicas, São José da Lapa e Vespasiano.

Para o levantamento das ILPI buscaram-se como fontes primárias: o Ministério Público Federal, a Secretaria Estadual de Saúde de MG, a Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério Público Municipal de BH, considerando ser desse município o maior quantitativo de instituições. Também se utilizaram fontes secundárias como cartilhas, sites e redes sociais. Desta forma, foram identificadas 231 ILPI e, após cruzamento das fontes, foram confirmadas 170 ILPI na RMBH. Cabe ressaltar que as ILPI que não possuíam registros ou alvarás de funcionamento, não foram incluídas neste estudo. Deste modo, essa diferença entre 231 ILPI identificadas e 170 confirmadas, deve-se à existência de dados duplicados ou encerramento das atividades de algumas instituições.

Utilizou-se de questionário estruturado, elaborado pelos autores, com informações que permitissem traçar o perfil das instituições pesquisadas, como natureza, número de residentes, critérios para admissão de residentes, dentre outros. Como estratégia para coleta dos dados, inicialmente foi realizado contato telefônico e naquelas instituições onde o contato telefônico não foi possível, foi realizada visita *in loco*. A coleta ocorreu entre novembro de 2014 e dezembro de 2015 e alimentaram o banco de dados criado. Para análise dos dados utilizou-se estatística descritiva, os quais foram apresentados, em termos de distribuição de frequência, em tabelas e gráficos.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas Parecer número 817 (CAAE: 31471114.4.0000.5137), e as instituições participantes assinaram o termo de consentimento de participação.

RESULTADOS

Foram mapeadas 170 instituições, sendo que 156 participaram da pesquisa com o consentimento de seus responsáveis que, em sua maioria, são administrador/proprietário ou presidente da instituição (47,44%), responsável técnico, gerente ou coordenador (23,97%). Foram também incluídos, na ausência dos contatos primários, os profissionais do administrativo e/ou da saúde da instituição (28,59%). A Tabela 1 apresenta o número de ILPI mapeadas e participantes com natureza e total de idosos institucionalizados por municípios.

Tabela 1. Distribuição das Instituições de Longa Permanência para Idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas gerais, 2015

Municípios	Número de ILPI mapeadas	Número de ILPI participantes	Número de ILPI Privadas participantes	Número de ILPI Filantrópicas Participantes	Total de idosos residentes nas ILPI participantes
Belo Horizonte	118	106	79	27	2438
Betim	3	3	0	3	108
Brumadinho	1	1	0	1	63
Caeté	2	2	0	2	79
Contagem	15	15	11	4	337
Esmeraldas	1	1	0	1	26
Florestal	1	1	0	1	16
Ibirité	2	2	0	2	35
Igarapé	1	1	0	1	32

continua

Continuação da Tabela 1

Municípios	Número de ILPI mapeadas	Número de ILPI participantes	Número de ILPI Privadas participantes	Número de ILPI Filantrópicas Participantes	Total de idosos residentes nas ILPI participantes
Itaguara	1	0	0	0	-
Jaboticatubas	1	1	0	1	22
Lagoa Santa	3	3	1	2	112
Mateus Leme	1	1	0	1	33
Matozinhos	1	1	0	1	24
Nova Lima	1	1	0	1	36
Pedro Leopoldo	1	0	0	0	-
Ribeirão das Neves	5	5	2	3	121
Sabará	2	2	0	2	43
Santa Luzia	7	7	3	4	170
São Joaquim de Bicas	1	1	0	1	12
São José da Lapa	1	1	0	1	12
Vespasiano	1	1		1	33
Total	170	156	96	60	3752

Das 156 instituições participantes, 62% são privadas (96) e 38% (60) filantrópicas. São consideradas filantrópicas entidades privadas sem fins lucrativos prestadoras de serviços de assistência social, atestadas pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS)¹⁰. As instituições filantrópicas estão em todos os municípios mapeados, com destaque para 12 municípios com menor contingente populacional que têm apenas uma instituição, sendo essa filantrópica, conforme apresentado na Tabela 1. Inicialmente, destaca-se a maior concentração de ILPI na capital, BH, com 118 mapeadas, sendo a maioria delas privadas (106 participantes, 79 privadas e 27 filantrópicas).

Em relação às taxas de ocupação, a pesquisa apontou lotação média de 88%, independente da natureza da instituição. Quanto à capacidade das instituições, as filantrópicas trabalham com 95% de lotação, e as privadas com 82% de lotação. Das instituições participantes da pesquisa, 67 (42,9%) afirmam ter pelo menos um critério para não admissão de idosos; 39 (25%), dois critérios; 32 (20,5%), três ou mais critérios e apenas 18 (11,6%) afirmam não ter critérios. Entre os critérios frequentemente

apresentados pelas instituições para não admissão do idoso, destaca-se o grau de dependência (18,9%) e a presença de transtorno psiquiátrico (13,8%). A condição de acamado, traqueostomizado, com demência ou doença infectocontagiosa constituem outros exemplos que podem impedir a admissão de idosos nas ILPI pesquisadas. Verifica-se que 77% das ILPI são mistas; 20% exclusivamente femininas; e 3%, masculinas. Já com relação ao gênero dos residentes, observou-se que as mulheres correspondem a 67% do público institucionalizado. Ressalta-se que essa informação corresponde a 88,4% dos dados sobre gênero dos residentes das instituições participantes; por desconhecimento do respondente da entrevista, 11,6% dos dados não foram informados.

Em relação ao grau de dependência dos idosos institucionalizados, ressalta-se que essas informações não foram apresentadas em 41,8% (1.568) da amostra. Isso porque no momento da entrevista os respondentes não estavam de posse dessas informações. Entre os 2.184 informados, observou-se a prevalência de 874 idosos com grau II de dependência, seguido por 677 com grau I e 633 com grau III. (Figura 1).

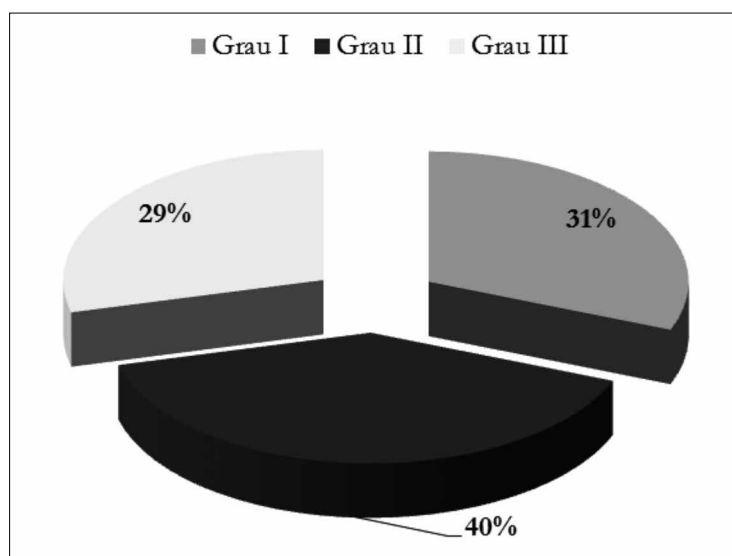


Figura 1. Proporção de idosos institucionalizados segundo grau de dependência. Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014 a 2015.

As ILPI privadas, em sua maioria (90,6%), declararam não utilizar a aposentadoria do idoso para o custeio da instituição; ao contrário das filantrópicas que, em sua maioria (93,3%), contam com o benefício do idoso para o custeio das despesas. Dessas, 79% utilizam até 70%, e 20% utilizam acima de 70% da renda mensal do idoso. Apenas 63% das ILPI filantrópicas participantes da pesquisa declararam receber subvenção governamental, sendo 92,1% subvenção municipal. A pesquisa revelou que 28,1% das ILPI privadas cobram um valor entre três a quatro salários mínimos (considerando o salário-mínimo em 2014 de R\$ 724,00 reais e em 2015, R\$ 788,00 reais), e que 31,3% cobram a partir de quatro salários mínimos. Em relação às parcerias e doações recebidas pelas ILPI, as filantrópicas

contam com mais parcerias (81,7%) e recebem mais doações (95,0%) quando comparadas às instituições privadas. Das ILPI privadas 22,9% possuem algum tipo de parceria, seja com instituições de ensino ou voluntários para atividades diversas, e 17,7% recebem doações. As parcerias com as Instituições de Ensino Superior (IES) aparecem em 16% das ILPI, independente da natureza delas.

A Figura 2 permite uma visualização dos principais profissionais que compõe a equipe, segundo a natureza da instituição. De uma forma geral, é possível observar que as ILPI privadas possuem um número maior de profissionais da saúde, ao passo em que, nas filantrópicas, há mais assistentes sociais e psicólogos, por se tratar de uma exigência do convênio firmado com algumas prefeituras.

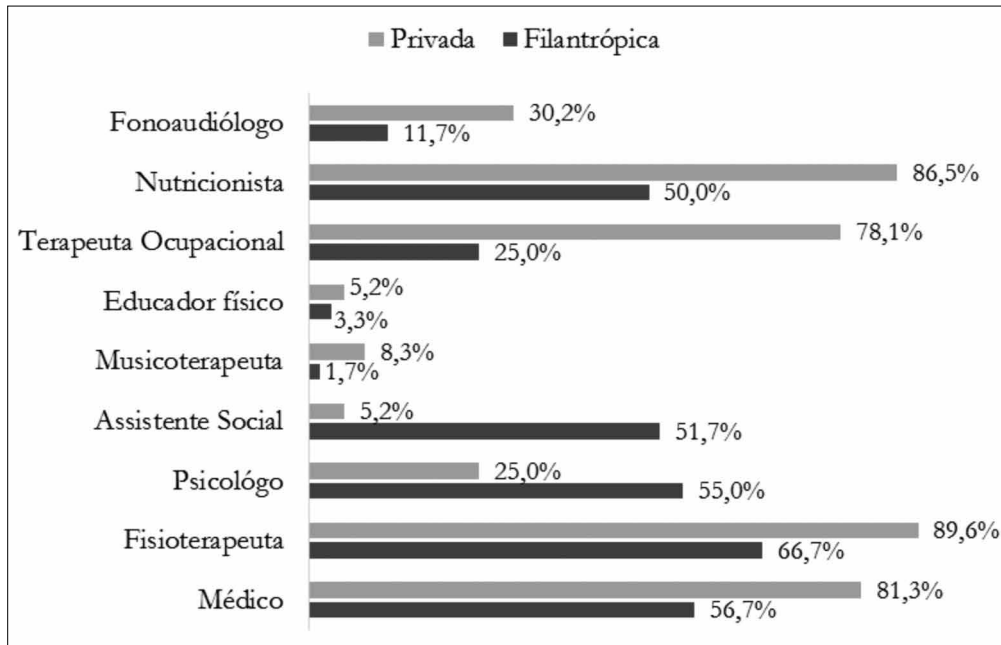


Figura 2. Composição de profissionais por equipe, segundo a natureza da Instituição de Longa Permanência para Idosos. Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas gerais, 2014 a 2015.

As ILPI privadas e filantrópicas ofertam atividades similares, com destaque para os cultos ecumênicos, festas de confraternização e oficinas de culinária. Já a modalidade de centro-dia é ofertada por 67 instituições (43%) sendo que, no caso das filantrópicas, menos de 8% oferecem esse serviço.

Em relação à assistência dos moradores em suas necessidades de saúde mais complexas, extrapolada-se a capacidade da equipe da ILPI, independente da natureza da instituição, 26,4% relatam que os mesmos são atendidos exclusivamente pelo serviço privado. Na modalidade mista, ou seja, quando utilizam tanto serviços públicos de saúde quanto privados, enquadram-se 73%, e 0,6% não souberam informar. Em instituições privadas, 25% dos residentes são assistidos pelo serviço público, 31,25% pelo serviço privado e 43,75% recebem atendimento de forma mista. Já em relação aos residentes em instituições filantrópicas, essa proporção se altera, sendo que 43,3% são assistidos pelo serviço público, 18,3% pelo serviço privado e 36,7% de forma mista.

DISCUSSÃO

Dados desta pesquisa revelam a existência de 170 ILPI na RMBH, contrastando com levantamento anteriormente publicado em 2011¹¹ que havia identificado 105 instituições, com destaque para BH, que possuía 42 privadas e 26 filantrópicas, perfazendo um total de 68 ILPI. Esses dados evidenciam o acelerado crescimento das ILPI, com destaque para as privadas e, em especial, na capital mineira, correspondendo a 74,5% do total. Estudo realizado nas ILPI do estado do Rio de Janeiro, entre 2010 e 2013, mostrou que 76,2% das instituições eram privadas, 21,3% filantrópicas e apenas 2,5% públicas¹². Esses dados estão de acordo com pesquisa nacional e reforçam a mudança no perfil das instituições, com tendência de aumento no número de instituições privadas nos grandes centros urbanos¹.

Essa ampliação revela o nicho de mercado frente ao envelhecimento, que corrobora com a

emergente necessidade das famílias para provimento dos cuidados aos longevos, frente às mudanças na dinâmica familiar. Entretanto, diante das condições socioeconômicas do Brasil, deve-se considerar a necessidade de vagas em ILPI filantrópicas para atender demandas das desigualdades e iniquidades sociais e em saúde que impactam na institucionalização de idosos. Cabe destacar que, na presente pesquisa, não foi identificada nenhuma ILPI de caráter público revelando o descuido e a omissão diante da necessidade expressa de mecanismos sociais de amparo, visto que o Estado deve dividir com famílias e sociedade a responsabilidade pelos cuidados desse idoso¹³.

Apesar do aumento de ILPI, merece atenção a taxa de ocupação e os rígidos critérios de admissão nas instituições. No que se refere à taxa de ocupação, as ILPI filantrópicas trabalham próximas da lotação máxima e contam até com lista de espera. Essa diferença, provavelmente, se dá pela conformação histórica e social no que diz respeito à sua origem, pela condição socioeconômica da grande maioria dos idosos brasileiros e pela escassez de políticas públicas de atenção a essa população que não dispõe de outros dispositivos de cuidado. Apesar do aumento expressivo de instituições privadas nos últimos anos, como uma perspectiva de mercado, pesquisas semelhantes apresentaram taxas de ocupação de 91,6% e 91,5%^{1,12}, sugerindo que a dificuldade de acesso possa ser limitante na decisão pela institucionalização. Essa hipótese é reforçada pelos rigorosos critérios de admissão na maioria das ILPI¹⁴ embora a legislação vigente aponte apenas a idade como critério, independente do suporte familiar, para residir em ILPI¹⁵. Ainda parece existir uma preferência por idosos independentes, já que são menos onerosos e exigem menos cuidados, uma vez que a maioria das instituições filantrópicas não admite idosos com demências, acamados ou com doenças orgânicas¹⁴. O grau de dependência, a presença de quadro demencial e de algumas doenças, como as infectocontagiosas, foram as condições que mais influenciaram na não admissão nas ILPI¹¹.

Estudo anterior, conduzido por Camargos et al. sobre a demanda por vagas em ILPI na RMBH, mostrou que em torno de 60% delas há presença de lista de espera para admissão de idosos¹¹. Essa lista permite que as instituições reforcem a escolha por

um “idoso desejado”, ou seja, os mais independentes, em detrimento daqueles em piores condições de saúde, pesando exclusivamente sobre suas famílias o dever social de ampará-los. A dificuldade de institucionalização dos idosos mais comprometidos evidencia a necessidade de discussão sobre fragilidade e políticas públicas voltadas para esse público e aponta para a incapacidade do Estado em atender essa demanda¹⁶.

Do gênero

Dados do IBGE de 2013¹⁷ evidenciam que as mulheres representam 55,7% da população de idosos no Brasil. Porém, é possível afirmar que a proporção de mulheres institucionalizadas seja maior ainda devido ao fato de apresentarem uma probabilidade maior de ficarem viúvas e em situação socioeconômica desvantajosa^{18,19}. As mulheres são também maioria nas listas de espera por institucionalização, refletindo os aspectos culturais e de arranjos familiares²⁰. De acordo com dados nacionais, 57,3% das pessoas institucionalizadas no Brasil são mulheres¹. Esse cenário reflete tendência mundial, tendo em vista estudo de Schneider e colaboradores na cidade de Nova York, Estados Unidos, em que a população que vivia em ILPI (*Seniors Centers*) em 2009 era predominantemente feminina (71%)²¹. Isso se justifica pelo fato, já bastante conhecido, de haver menor taxa de mortalidade feminina, o que corrobora para que a maior parte da população idosa seja de mulheres e isso aumenta gradativamente com a idade¹⁵, caracterizando o fenômeno descrito como “feminização da velhice”²².

Do grau de dependência

Neste estudo, observa-se prevalência de idosos com grau II de dependência. Acredita-se que o tipo e a frequência de atividades ofertadas podem influenciar na funcionalidade dos idosos. Estudo realizado em Porto Alegre com 55 idosos mostrou que as atividades mais frequentes entre os residentes eram assistir TV (60%), conversar com os amigos (54,5%) e ler (47,3%), permanecendo inativos, do ponto de vista físico, em grande parte do tempo. Apenas 15 (27,3%) deles realizavam alguma atividade

física²³. Ressalta-se a importância de incentivar a participação dos idosos institucionalizados em diferentes atividades, especialmente aquelas que promovem a mobilidade e o equilíbrio, pressupostos básicos para a independência funcional²⁴.

Na cidade de Taubaté, uma pesquisa identificou que 37% dos idosos institucionalizados foram considerados independentes para as Atividades de Vida Diária (AVD). Com esses resultados, levantaram a necessidade de encorajamento dos idosos no ambiente institucional, com planos individualizados que proporcionem o autocuidado e a independência, apontando a relação estreita entre o grau de dependência e as ações ofertadas nas ILPI²⁵. Observa-se que, na prática, o grande desafio para a promoção da saúde parece ser as dificuldades das instituições em adequar as ações ofertadas à heterogeneidade dos residentes, no que diz respeito ao grau de dependência e a capacidade cognitiva.

Do custeio e das parcerias estabelecidas

Contrariando o que é preconizado quanto à participação do idoso no custeio da entidade filantrópica como facultativa, não devendo ultrapassar 70% de sua renda mensal¹³, um quinto das ILPI de caráter filantrópico afirmam utilizar uma porcentagem maior.

Pesquisa realizada entre 2006 e 2007 nas ILPI do estado do Paraná revelou que as instituições dependiam dos valores pagos pelos residentes e/ou por seus familiares, totalizando 64% de sua receita total²⁶. Em pesquisa nacional realizada entre 2007 e 2009, apenas 6,6% das instituições brasileiras eram públicas ou mistas¹; evidenciado que o cuidado ao idoso ainda é de responsabilidade do próprio idoso e de seus familiares. É necessário pensar formas de cuidado de longa duração pelo Estado que não só pelo cofinanciamento através de convênio firmado pelo município com as instituições filantrópicas. Esse paradoxo é trazido por Giacomini (2012)⁸, ao revelar que o Estado brasileiro transfere sua responsabilidade no cuidado ao idoso institucionalizado para as ILPI filantrópicas, já que o número das instituições de caráter público é ínfimo. Essa terceirização do cuidado do Estado para as ILPI filantrópicas fere os preceitos da Política Nacional de Assistência Social

(PNAS), considerando a universalidade ao permitir a cobrança de uma parcela substancial do benefício do idoso.

O fato de que a maior parte da receita que vem da subvenção do governo, no caso das ILPI filantrópicas, vem de recursos do município pode ser explicado pela organização da PNAS através do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), que preconiza a descentralização da assistência através dos níveis de complexidade. Assim, o governo federal repassa recursos aos fundos municipais através de convênios firmados com as prefeituras.

Apesar do crescente aumento das ILPI privadas, o alto valor cobrado torna a instituição privada uma opção para poucos idosos, em comparação aos valores recebidos pela maioria dos aposentados²⁷.

Já era de se esperar que as ILPI filantrópicas apresentassem mais parcerias e recebessem mais doações, como mostrado no estudo, pois se sabe que recebem pouca ajuda do poder público, necessitando de recursos da comunidade e dos residentes para a sua manutenção. Corroborando com o achado deste estudo, em pesquisa realizada nas ILPI do Distrito Federal, existiam quase dois voluntários (1,80) por idoso nas ILPI filantrópicas e o governo participava com 12% das despesas pelo convênio firmado²⁷. A história “asilar” no Brasil ainda está marcada pela participação da igreja (Sociedade São Vicente de Paulo) e pela filantropia que garante às instituições isenções de taxas e impostos, maiores chances de receber doações e pessoal voluntário e/ou cedido do Estado¹.

Estudo realizado entre 2006 e 2009 evidenciou que as instituições filantrópicas no Nordeste estabelecem um leque de parcerias mais amplo que as públicas e privadas²⁸. Apesar de o financiamento público não ser muito expressivo, o Estado aporta outros tipos de contribuições na forma de parcerias, como fornecimento de medicamentos e serviços médicos. Alguma ação do Estado é encontrada também no setor privado, podendo-se citar as parcerias com o Sistema Único de Saúde (SUS), além das associações religiosas e universidades, nesse último caso, sob a forma de estágios supervisionados¹.

Na ILPI, torna-se importante a presença de estudantes, visando à relevância do futuro trabalhador

com idosos, capacitando-os e sensibilizando-os nas questões gerontológicas, contribuindo com a melhoria do cuidado prestado e, sobretudo com a renovação da prática por meio de estudos e pesquisas²⁹. A parceria com as IES ocorre em mais de 10% das ILPI públicas e filantrópicas, segundo estudo em todas as regiões brasileiras³⁰. Estudo internacional realizado em Portland, Estados Unidos, corrobora ao apontar que o fortalecimento de laços organizacionais com a comunidade e ensino trazem benefícios no compartilhamento de recursos para ambos³¹.

Dos profissionais e das atividades ofertadas

Apesar de não serem instituições de saúde, os serviços dessa natureza são os principais oferecidos nas ILPI, concentrando-se em 66,1% para serviços médicos e 56% para serviços de fisioterapia¹. Faz-se importante uma discussão sobre essa tendência, particularmente vista nas instituições privadas, que caminha no sentido de transformar as ILPI em “mini-hospitais” e abre um questionamento necessário sobre a sobrecarga de atividades e a falta de vínculo desses profissionais com os idosos. Talvez essa seja uma estratégia adotada por essas instituições, no sentido de “vender” seu produto, uma vez que os responsáveis tendem a supor que seus familiares estarão melhor assistidos ali. Por outro lado, as ILPI filantrópicas têm mais psicólogos e assistentes sociais que as privadas, evidenciando seu papel histórico de entidade de assistência social. As despesas que mais oneram as ILPI são de recursos humanos (54%), seguidas da alimentação (17%) e manutenção da casa (11%)²⁶.

Destaca-se que as ILPI não podem ser vistas unicamente como uma entidade de assistência social, mas sim como um serviço híbrido na prestação de cuidados que englobam as Atividades de Vida Diária (AVD), assistência à saúde, vida social e emocional^{31,32}. No entanto, a RDC 283/2005¹⁵ não estabelece os profissionais de nível superior que devem compor o quadro de pessoal de uma ILPI; apenas determina que, para cada 40 idosos, deve haver um profissional de nível superior, com carga horária de 12 horas semanais, para realizar atividades de lazer, e que haja um responsável técnico (RT) com formação de nível superior, com carga horária mínima de 20 horas semanais.

Com relação às atividades ofertadas, contrariando o senso comum, observa-se que as ILPI filantrópicas oferecem várias atividades, apontando para dificuldades no que depende de estrutura física específica como biblioteca e academia, sendo essas mais frequentes nas ILPI privadas.

Apesar de estar presente em menos da metade das ILPI pesquisadas, a modalidade centro-dia é uma alternativa que permite a manutenção dos vínculos familiares, além de gerar menor custo. Essa caracteriza-se como um espaço para atender idosos que não dispõem de atendimento em tempo integral, no domicílio²⁸. No entanto, o que se observa é que a oferta desse serviço está presente, quase que exclusivamente, nas ILPI privadas, não sendo uma opção para as famílias de menor renda e, portanto, mais vulneráveis. Além disso, deve-se considerar as particularidades do centro-dia, um dispositivo diferente da ILPI.

Das necessidades mais complexas de saúde

A criação e implementação de ações e serviços, com articulação inter e intrasetorial de todos os segmentos da sociedade, embora sejam previstas pela Política Nacional do Idoso (1994)³³, encontram dificuldade na sua operacionalização e implantação, especialmente no que se refere à relação entre ILPI e o Sistema de Saúde^{31,34}. O SUS é o principal local de atendimento dos idosos institucionalizados (61,9%), através das unidades básicas de saúde e SAMU^{11,23}. Nas ILPI filantrópicas, predominam os idosos sem plano de saúde³⁵. Acredita-se que os 73% que utilizam os dois serviços, neste estudo, devem fazer uso do serviço privado como uma complementação, a partir das possibilidades oferecidas pela Atenção Primária à Saúde para obter medicamentos e vacinas, já que os mesmos não são fornecidos pelos serviços privados. Foi revelado ainda o cuidado à saúde prestado pelo serviço de atenção domiciliar aos idosos com plano de saúde suplementar.

Das dificuldades encontradas e limitações do estudo

Destaca-se a grande dificuldade encontrada no levantamento das ILPI na RMBH. Foi necessário realizar busca em diversas fontes, pois nenhuma

delas apresentou dados completos e atualizados. Isso revela, em parte, o desconhecimento/incapacidade dos órgãos responsáveis pela gestão pública desses serviços, mesmo diante da acelerada transição demográfica e epidemiológica vivenciada. Por outro lado, não se pode desconsiderar a labilidade própria do mercado econômico, uma vez que muitas instituições privadas abrem e/ou fecham suas portas com uma velocidade impressionante.

Como limitações inerentes ao estudo, encontra-se a estratégia utilizada na coleta, uma vez que a visita *in loco* não ocorreu em todas as instituições pesquisadas. Também a variedade dos respondentes por nem sempre ser possível, o contato direto com os gestores ou RT, em algumas situações o questionário foi realizado com outro profissional da instituição, não garantindo, portanto, a precisão dos dados fornecidos. Além disso, para informações como o grau de dependência, alguns respondentes fizeram consultas e outros não, o que pode estar sujeito ao viés de memória.

CONCLUSÕES

Conclui-se que as ILPI na RMBH possuem como principais características o caráter misto, com predominância de residentes do sexo feminino, privadas e atuam com ampla ocupação.

Entre os idosos institucionalizados, a maior parte apresenta grau de dependência I e II. As instituições filantrópicas utilizam diretamente as aposentarias dos idosos para custeio, apesar de a maior parte delas receberem subvenção governamental. No que diz respeito às atividades ofertadas, foi observado que há uma diversidade de ações com predominância de cultos ecumênicos, festas de confraternização e oficinas de culinária.

Ressalta-se a necessidade urgente da priorização do idoso na elaboração de políticas e de mobilização dos conselhos para a qualidade dos serviços e, mais que isso, de diretrizes intersetoriais que possam qualificar o cuidado com a pessoa idosa institucionalizada. Além disso, pode-se perceber que muito pouco é feito pelo governo para atender às demandas específicas na atenção ao idoso institucionalizado. Tal problema, muitas vezes, poderia ser minimizado por uma maior interlocução entre as instituições, no sentido de se buscar soluções para os problemas enfrentados e ampliar experiências exitosas alcançadas, destacando a importância da mobilização do capital social onde há pouca atuação do Estado.

Por fim, sugere-se a urgência de aproximações sucessivas com o cenário de estudo, o que permitirá melhor compreensão sobre a abordagem da promoção da saúde e qualidade de vida entre os idosos institucionalizados.

REFERÊNCIAS

1. Camarano AA, Kanso S, Mello JL, Carvalho DF. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p.187-212.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2014 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [acesso em 17 set. 2016]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94935.pdf>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2015 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [acesso em 17 set. 2016]. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n. 35). Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [acesso em 17 set. 2016]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm
5. Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. Rev Kairós [Internet]. 2015 [acesso em 22 set. 2016];18(1):325-39. Disponível em: revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/26092/18731
6. Piuvezam G, Lima K, Carvalho MS, Xavier V, Silva RA, Dantas ARF, et al. Atenção primária à saúde e os idosos institucionalizados: a perspectiva da gestão municipal no Brasil. Rev Port Saúde Pública

- [Internet]. 2016 [acesso em 22 set. 2016];34(1):92-100. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252016000100013&lng=pt
7. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [acesso em 22 set. 2016];17(1):231-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100025&lng=en
 8. Giacomini KC. Envelhecimento populacional e os desafios para as políticas públicas. In: Berzins MV, Borges MC, organizadores. *Políticas públicas para um país que envelhece*. São Paulo: Martinari; 2012. p. 14-44.
 9. Camarano AA, coordenadora. *Características das instituições de longa permanência para idosos: Região Sudeste*. Brasília, DF: IPEA; 2010.
 10. Brasil. Lei n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 07 dez 1993.
 11. Camargos MCS. Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. *Rev Bras Estud Popul* [Internet]. 2014 [acesso em 22 set. 2016];31(1):211-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982014000100012&lng=en&nrm=iso
 12. De Paula RCC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de longa permanência para idosos: estudo retrospectivo [Dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2016.
 13. Brasil. Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 01 out. 2003:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm
 14. Chaimowicz F, Greco DB. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 1999 [acesso em 15 mar. 2013];33(5):454-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n5/0630/pdf>
 15. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. ANVISA. 2005:1-16.
 16. Araújo AM, Neto TBS, Bós AJG. Diferenças no perfil de pessoas idosas institucionalizadas, em lista de espera e que não desejam institucionalização. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [acesso em 8 set. 2017];19(1):105-18. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000100105&script=sci_arttext&lng=pt
 17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013*. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
 18. Oliveira MPF, Novaes MRGC. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [acesso em 08 de set. 2017];18(4):1069-78. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63026309023>
 19. Güths JFS, Jacob MHVM, Santos AMPV, Arossi GA, Béria JU. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [acesso em 08 de set. 2017];20(2):175-85. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403851250003>
 20. Araújo AM, Sousa NTB, Bós AJG. Differences between the profiles of institutionalized elderly people and those on waiting lists and who do not want to be institutionalized. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [acesso em 24 set. 2016];19(1):105-18. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000100105&lng=en.
 21. Schneider AE, Ralph N, Olson C, Flatley AM, Thorpe L. Predictors of Senior Center Use among Older Adults in New York City Public Housing. *J Urban Health*. 2014;91(6):1033-47.
 22. Almeida LFF, Freitas EL, Salgado SML, Gomes IS, Franceschini SCC, Ribeiro AQ. Projeto de intervenção comunitária “Em Comum-Idade”: contribuições para a promoção da saúde entre idosos de Viçosa, MG, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [acesso em 22 set. 2016];20(12):3763-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203763&lng=en.
 23. Terra NL, Bós AJG, Bonardi G, Dickel SGF, Mohr CC, Mallmann L, et al. Diferenças biopsicossociais entre idosos de instituição asilar particular e filantrópica da cidade de Porto Alegre. *Sci Med*. 2009;19(1):3-10.
 24. Souza CC, Valmorbidia LA, Oliveira JP, Borsatto AC, Lorenzini M, Knorst MR, et al. Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2013 [acesso em 24 set. 2016];16(2):285-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000200008&lng=en.

25. Araújo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Esc. Enferm USP* [Internet]. 2007 [acesso em 22 set. 2016];41(3):378-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300006&lng=en.
26. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Instituições de longa permanência para idosos: caracterização e condições de atendimento. Curitiba: IPARDES; 2008.
27. Freire FS, Mendonça LH, Costa AJB. Sustentabilidade econômica das instituições de longa permanência para idosos. *Saúde debate* [Internet]. 2012 [acesso em 24 set. 2016];36(95):533-43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
28. Christophe M. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração? [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas; 2009.
29. Silva BT, Santos SSC. Cuidados aos idosos institucionalizados: opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(6):775-81.
30. Creutzberg M, Gonçalves LHT. Acoplamento entre instituições de longa permanência para idosos e universidades. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2011 [acesso em 17 set. 2016];13(4):620-8. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/pdf/v13n4a05.pdf>
31. Cannon ML. Impacts of organizational ties for senior centers: Findings from a collective case study in Portland, Oregon. *J Aging Stud*. 2017;42:9-14.
32. Oliveira JR, Rocha Júnior PR. Qualidade de vida e capacidade funcional do idoso institucionalizado. *Rev Kairós*. 2014;17(3):343-53.
33. Brasil. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 05 jan. 1994. p. 77.
34. Piuvezam G, Lima KC, Carvalho MS, Xavier VGP, Silva RA, Dantas ARF, et al. Atenção primária à saúde e os idosos institucionalizados: a perspectiva da gestão municipal no Brasil. *Rev Port Saúde Pública*. 2016;34(1):92-100.
35. Pinheiro NCG, Holanda VCD, Melo LA, Medeiros AKB, Lima KC. Desigualdade no perfil dos idosos institucionalizados na cidade de Natal, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3399-3405.

Recebido: 10/02/2017

Revisado: 05/09/2017

Aprovado: 23/10/2017