

Artigo Original

Perfil das instituições de longa permanência para idosos situadas em uma capital do Nordeste

Profile of long-stay institutions for the elderly located in a capital of Northeast

Vanessa Lôbo de Carvalho¹

Resumo

Este estudo objetivou analisar o perfil das instituições de longa permanência para idosos (ILPIs). A pesquisa foi realizada por meio da análise dos roteiros de inspeção da Vigilância Sanitária da cidade de Maceió (AL) no período de 2009 a 2010. Participaram da pesquisa nove ILPIs situadas na cidade de Maceió. Os dados avaliados apontaram que 88% das instituições são de natureza filantrópica e 33% recebem subvenção do governo; 12% apresentam alvará de funcionamento sanitário; 45% possuem residentes de ambos os sexos; 78% não possuem política de educação permanente em gerontologia; 67% não atenderam às condições gerais estabelecidas na regulamentação sanitária; nenhuma instituição possui o Plano de Atenção Integral à Saúde preestabelecido na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283/05 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Quanto aos responsáveis técnicos, 33% possuem carga horária de trabalho de 8 horas e 78% possuem nível superior. No que se refere à população-alvo, 55% dos residentes são do sexo feminino, 48% são independentes e 34% procuram atendimento em centros de saúde e em hospital público. De acordo com o descrito, as ILPIs estudadas não oferecem serviços em conformidade com as especificações da RDC nº 283/05, que visa à proteção, à qualidade de serviços e ao controle da esfera competente quanto aos agravos à saúde dos idosos.

Palavras-chave: instituição de longa permanência para idosos; vigilância sanitária; saúde do idoso institucionalizado; serviços de saúde para idosos; assistência a idosos; idoso.

Abstract

This study aimed to analyze the profile of long-stay institutions for the elderly. The research was conducted by analyzing the scripts of the sanitary surveillance inspection of Maceió, Alagoas, Brazil from 2009 to 2010. Participated in the survey of nine institutions for the aged located in Maceió. Submitted data showed that 88% of the institutions are philanthropic and 33% receive government grant; 12% have sanitary permit operation; 45% are residents of both sexes; 78% have no policy of continuing education in gerontology; 67% did not meet the general conditions set out in the health regulations; no institution has full attention to preestablished health in Resolution nº 283/05 of the National Health Surveillance Agency plan. As for technicians responsible, 33% have workload of 8 hours and 78% have a university degree. With regard to the target population, 55% of residents are female; 48% are independent; and 34% seek treatment at health centers and public hospitals. In accordance with the above, the NHs studied do not provide services in accordance with the specifications of the RDC nº 283/05 which aims at protecting service quality and control, the competent sphere concerning health problems the health of the elderly.

Keywords: homes for the aged; health surveillance; health of institutionalized elderly; health services for the aged; old age assistance; aged.

Trabalho realizado na Faculdade Estácio de Alagoas (FAL) – Maceió (AL), Brasil.

¹Mestranda em Ensino na Saúde no Contexto do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal de Alagoas (UFAL); Docente da FAL – Maceió (AL), Brasil.
Endereço para correspondência: Vanessa Lôbo de Carvalho – Rua Professor Lourenço Peixoto, 31 – Jatiúca – CEP: 57035-640 – Maceió (AL), Brasil – E-mail: carvalhovanessa@hotmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idosa, nos países em desenvolvimento, a pessoa que possui mais de 60 anos, enquanto que, nos países desenvolvidos, é considerada idosa a que possui 65 anos ou mais¹. A Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 2011 demonstra que o Brasil possui cerca de 23,5 milhões de habitantes acima dos 60 anos. As projeções indicam que, em 2020, o Brasil será a 6ª nação com o maior número de idosos do mundo, com perspectivas superiores a 30 milhões de pessoas².

A Constituição da República Federativa do Brasil³, de 1988, em seu artigo 229, dispõe que “os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade” e, no artigo 230, preconiza que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar, garantindo-lhes o direito à vida” (Brasil, 1988, p. 161). Assim, a legislação dispõe que a família deve acolher seus idosos e expande também à sociedade e ao Estado a garantia da dignidade e do bem-estar dessa faixa etária, que se torna cada vez mais vulnerável.

Há políticas públicas nacionais e internacionais que têm como objetivo manter o indivíduo idoso ativo, inserindo-o em um contexto físico, social e político. A exemplo disso, a política internacional do envelhecimento ativo, desenvolvida pela OMS em 2005, dispõe três pilares para a política de envelhecimento: saúde, participação e segurança, para que sejam atingidas a independência, a participação, a assistência, a autorrealização e a dignidade do idoso⁴.

No âmbito nacional, existe a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, de 1999, e o Estatuto de Idoso, de 2003. De acordo com o Ministério da Saúde⁶, essa Política de Saúde almeja

A promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida (p. 14).

Tais premissas têm a finalidade de favorecer a permanência dos idosos no meio social e familiar⁵. O Estatuto reafirma que é dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público o provimento da atenção integral ao idoso, na garantia a vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade e dignidade⁶.

As instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) integram um sistema social que tem como objetivos⁷: assistir o idoso “sem vínculo familiar ou sem condições de prover

à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social” ou “idosos dependentes e/ou independentes em estado de vulnerável social” (p. 2). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil experimenta, desde a década de 1970, uma diminuição das taxas de natalidade e de mortalidade. Isso se deve a mudanças culturais, como é o caso da inserção da mulher no mercado de trabalho, e à melhora das condições higiênico-sanitárias⁸.

A mudança cultural também inclui mudanças axiológicas de reestruturação da relação familiar, com a diminuição da responsabilidade pelos entes que dela fazem parte, de modo especial com os idosos. Essas mudanças geram, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)⁹:

[...] modificações que podem enfraquecer os laços de solidariedade intergeracionais e já estão resultando em transformações nas formas de cuidado para com a população idosa [...] diminuição da oferta de cuidadores familiares (p. 9).

A fim de facilitar e padronizar a fiscalização das ILPIs no território nacional, a diretoria colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou, em 2005, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283, que regulamenta e define normas de funcionamento para as ILPIs de caráter residencial e determina que as secretarias de saúde — estadual, municipal e do Distrito Federal — devem implantar procedimentos para adoção do regulamento técnico, podendo adotar normas de caráter suplementar, com a finalidade de adequá-las às especificidades locais¹⁰.

As ILPIs possuem, em seu escopo, o dever de assistir a saúde, de forma pública ou privada, e garantir a atenção integral à saúde. O Ministério da Saúde, no seu Caderno de Atenção Básica (2006), refere que o envelhecimento da saúde da pessoa idosa se reporta à importância das Equipes de Saúde da Família (ESF), que têm como objetivo a identificação da violência contra o idoso, como é o caso da violência institucional que pode ocorrer nas ILPIs, nos serviços de saúde e demais instituições situadas na área de atuação da equipe¹¹.

A RDC nº 283/05 da ANVISA abrange todas as ILPIs — governamentais ou não governamentais — e se destina a normatizar a moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos que possuem ou não suporte familiar. Essa resolução se embasou na lei nº 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e cria o Conselho Nacional do Idoso, e no Estatuto do Idoso, de outubro de 2003, que estabelece normas para a garantia dos direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, no que diz respeito à qualidade dos serviços prestados pelas ILPIs¹⁰.

Para melhor compreensão do perfil das ILPIs situadas no município de Maceió (AL), o presente estudo objetivou avaliar as condições de funcionamento dessas instituições e qualidade da prestação de serviço aos idosos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo descritivo. A pesquisa foi realizada utilizando-se os dados secundários dos roteiros padronizados da Vigilância Sanitária (VS) da cidade de Maceió e, como fundamento, a orientação da RDC nº 283/05 do Ministério da Saúde.

Os roteiros de visita às ILPIs, no período de 2009 a 2010, foram o objeto da pesquisa. Os dados coletados foram analisados no programa *Excel 2010 for Windows 7* e as variáveis foram analisadas por distribuições percentuais.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Estácio de Alagoas, sob parecer nº 422.721 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 20493713.6.0000.5012.

A diretoria da VS de Maceió autorizou a análise dos roteiros de inspeção das ILPIs, mediante a garantia da não identificação das instituições inspecionadas.

RESULTADOS

Maceió, capital do Estado de Alagoas, tem acompanhado o envelhecimento populacional do país. Segundo dados do Censo 2010 (IBGE), Alagoas tem uma população de 3.120.922 habitantes e Maceió possui 932.608 habitantes. Destes, 79.087 são idosos, 31.477 do gênero masculino, no qual estão contidos 25 centenários, e 47.610 do gênero feminino, no qual se registra o número de 85 centenárias².

Os componentes da equipe da VS de Maceió realizaram inspeções, no período de 2009 a 2010, nas 9 ILPIs da cidade de Maceió, capital do Estado de Alagoas, de acordo com os roteiros de visitas-padrão propostos pela ANVISA.

Para avaliação do agente da VS, foram selecionadas as peculiaridades: dados de identificação (natureza jurídica, subvenção do governo, utilização aposentadoria dos residentes, alvará de funcionamento, carga horária do responsável técnico e nível de escolaridade do técnico responsável); características da clientela (quantidade de residentes no dia da avaliação da VS, grau de dependência dos idosos institucionalizados e local de atendimento à saúde dos residentes); condições gerais e processos operacionais (atendimento às condições gerais estabelecidas na RDC nº 283/05); recursos humanos (profissionais que atuam na ILPI e seu vínculo com a instituição e a presença de política de educação permanente

na área de gerontologia); saúde (presença do Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, cálculo, avaliação e encaminhamento para a VS dos indicadores mensais previstos na RDC nº 283/05) (Tabela 1).

Natureza das instituições

Mediante a interpretação da Tabela 1, observa-se que 88% das ILPIs são de natureza filantrópica de cunho religioso (evangélico, espírita ou católico) e 12% são de natureza privada. Diante disso, verifica-se que não existem ILPIs de natureza pública no município de Maceió. Quanto à subvenção do governo, 33% da amostra recebem esse apoio.

Observa-se, também, que 88% das ILPIs não possuem alvará de funcionamento sanitário da VS do município. Verifica-se, ainda, que a única instituição que possui alvará de licenciamento expedido pela VS local é de natureza filantrópica de cunho religioso (espírita); todavia, isso não assegura que a referida instituição contemple todas as exigências da RDC nº 283/05. Seu responsável técnico possui nível superior, mas só disponibiliza oito horas ao exercício de direção da ILPI, não possui um Plano de Atenção Integral direcionado para a saúde dos residentes, não calcula, não avalia o trabalho e, conseqüentemente, não encaminha para a VS os indicadores mensais de morbidade preestabelecidos. A referida ILPI realiza educação permanente em gerontologia.

Tabela 1. Dados de identificação natureza do responsável técnico

	n	%
Natureza jurídica		
Filantrópica	8	88
Pública	0	0
Privada	1	12
Mista	0	0
Recebe subvenção do Governo	3	33
Utilização da aposentadoria dos residentes	9	100
Alvará de funcionamento sanitário	1	12
Carga horária do responsável técnico	3 instituições – 8 horas	33
	2 instituições – 30 horas	22
	1 instituição – 40 horas	11
	2 instituições – residem no local	22
	1 instituição não foi citado no roteiro de visita	12
Escolaridade do responsável técnico	7 nível superior	78
	1 nível superior incompleto	11
	1 nível médio	11

Fonte: dados dos roteiros de visita da Vigilância Sanitária da cidade de Maceió às instituições de longa permanência para idosos (2009 a 2010).

Carga horária e nível de escolaridade (tipo de formação) dos técnicos responsáveis pelas instituições de longa permanência para idosos

Quanto à carga horária semanal do responsável técnico das ILPIs, foi constatado que: em 3 instituições, essa carga é de 8 horas; em 2, o responsável trabalha por 30 horas; em outra ILPI, a carga é de 40 horas; em outras 2 instituições, os responsáveis residem no local. Uma instituição não foi citada no roteiro de visita da VS.

Apesar de a RDC nº 283/05 exigir que o responsável técnico tenha nível superior, isso não ocorre em duas das ILPIs analisadas. Das sete instituições nas quais os seus responsáveis técnicos possuem nível superior, três deles são graduados em Teologia, um em Pedagogia, um em Medicina e dois não informaram o nível de escolaridade. Destes, 3 têm uma carga de 8 horas semanais, 1 trabalha por 30 horas, 1 tem carga de 40 horas por semana, 1 reside no local e 1 não consta no roteiro da visita. Dos 2 responsáveis técnicos que possuem nível médio, 1 tem carga horária de 30 horas semanais e 1 reside na própria instituição (Tabela 2).

Classificação dos residentes das instituições de longa permanência para idosos quanto ao sexo

Quanto ao sexo dos residentes das ILPIs, quatro delas só assistem idosos de ambos os sexos, três somente do sexo feminino e duas só do sexo masculino.

Tabela 2. Características da clientela referentes ao tipo de instituição de longa permanência para idosos quanto ao sexo dos residentes, quantidade de residentes, grau de dependência dos residentes e local de atendimento de saúde dos idosos

	n	%
Tipo de ILPI quanto ao sexo dos residentes	4 residentes do sexo masculino e feminino	45
	3 residentes do sexo feminino	33
	2 residentes do sexo masculino	22
Residentes no dia da avaliação da VS	143 do sexo masculino	45
	176 do sexo feminino	55
Grau de dependência dos idosos	I – 155	48
	II – 104	33
	III – 50	16
	Não identificado – 10	3
Local de atendimento à saúde dos residentes	3 centro de saúde e hospital público	34
	2 centro de saúde, profissionais particulares e hospital público	22
	2 centro de saúde, hospital público e serviços próprios da ILPI	22
	1 centro de saúde	11
	1 não foi informado	11

Fonte: dados dos roteiros de visita da Vigilância Sanitária da cidade de Maceió às instituições de longa permanência para idosos (2009 a 2010). ILPI: instituição de longa permanência para idosos; VS: Vigilância Sanitária.

Recursos humanos (por tipo de formação) que atuam nas instituições de longa permanência para idosos

Os recursos humanos da amostra pesquisada nas ILPIs possuem médicos nas instituições e totalizam 12 profissionais, sendo que 83% desses profissionais são voluntários, 33% possuem fisioterapeutas, sendo 100% voluntários, e uma ILPI possui esse serviço oferecido por instituições de ensino superior por meio de estágios. Do total de ILPIs pesquisadas, 11% possuem psicólogos (100% voluntários); 11%, farmacêuticos (100% voluntários); 11%, terapeutas ocupacionais (100% voluntários); 22%, nutricionistas (50% voluntários); 33%, enfermeiros (67% voluntários); 22%, assistentes sociais (com vínculo formal); 22%, cirurgiões-dentistas (50% voluntários). Em todas as ILPIs há técnicos/auxiliares de enfermagem (um total de 26 profissionais, sendo 15% voluntários).

Grau de dependência dos residentes das instituições de longa permanência para idosos de Maceió e tipo de assistência médica que recebem

No que se refere à quantidade de residentes no dia da avaliação da VS, estavam presentes 319 idosos, sendo 176 do sexo feminino e 143 do sexo masculino. A RDC nº 283/05 classifica o Grau de Dependência do Idoso como: I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda; II - idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária — alimentação, mobilidade, higiene —, sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; III - idosos com dependência que requerem assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou que apresentam comprometimento cognitivo.

Os dados apontaram para 48% de residentes grau I, 33% grau II, 16% grau III e 3% não foram identificados no roteiro de inspeção.

Quanto aos meios utilizados pelos residentes para atendimento à saúde, 34% das instituições fazem uso de centros de saúde e hospital público, 22% usam centros de saúde, profissionais particulares e hospital público — Sistema Único de Saúde (SUS), 22% utilizam centros de saúde, serviço próprio da ILPI e hospital público, 11% usam só centro de saúde e 11% não referiram, nas respostas durante os roteiros de inspeção, qual meio utilizavam (Tabela 3).

Das 9 ILPIs avaliadas, 22% delas realizam a política de educação permanente na área de gerontologia (Tabela 4).

Outro dado importante, adquirido por meio da pesquisa de avaliação das ILPIs, é o fato de que seis instituições não atendem às condições gerais estabelecidas pela RDC nº 283/05.

Verificou-se, ainda, que nenhuma ILPI da cidade de Maceió realiza cálculos e avaliação da instituição e, conseqüentemente, não possui informações para o envio à VS dos indicadores

Tabela 3. Dados referentes aos recursos humanos quanto aos profissionais e seu vínculo, à presença de política de educação permanente na área de gerontologia e sobre as condições gerais e processos operacionais com atendimento das condições gerais estabelecidas na Resolução da Diretoria Colegiada nº 283/05

	n	%
Profissionais que atuam na ILPI	12 médicos	50 vínculo voluntário
	3 fisioterapeutas	100 vínculo voluntário
	1 vínculo com instituição de ensino em fisioterapia	
	2 nutricionistas	50 vínculo voluntário
	1 psicólogo	100 vínculo voluntário
	1 farmacêutico	100 vínculo voluntário
	3 enfermeiros	67 vínculo voluntário
	2 cirurgiões-dentistas	50 vínculo voluntário
	2 assistente social	100 vínculo formal
	26 técnicos/auxiliares de enfermagem	15 vínculo voluntário
Presença de política de educação permanente na área de gerontologia	7 não possuem	78
	2 possuem	22
Atendimento das condições gerais estabelecidas na RDC nº 283/05	6 não atenderam	67
	3 atenderam	33

Fonte: dados coletados dos roteiros de visita da Vigilância Sanitária da cidade de Maceió às instituições de longa permanência para idosos (2009 a 2010). ILPI: instituição de longa permanência para idosos; RDC: Resolução da Diretoria Colegiada.

mensais advertidos pela RDC nº 283/05. Também não existe Plano de Atenção Integral voltado à saúde dos residentes nas instituições da cidade de Maceió.

DISCUSSÃO

A RDC nº 283/05 tem abrangência a todas as ILPIs, governamentais e não governamentais, destinadas à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar¹⁰.

Quanto à natureza jurídica, as ILPIs podem ser: públicas, filantrópicas ou privadas; com ou sem fins lucrativos; de caráter religioso ou não; e possuem um público-alvo de idosos com idade acima de 60 anos que, frequentemente, apresentam deficiência e/ou incapacidade física e/ou cognitiva, como também carência financeira, ou estão sem família e/ou em condições de conflitos familiares⁹. No presente estudo, em relação à natureza das ILPIs da cidade pesquisada, foi constatada a existência de 88,88% de natureza filantrópica, o que corroborou os resultados de estudos nas instituições brasileiras: a pesquisa de Camarano e Kanso¹² apresentou que a maioria (65,2%) das instituições possui essa mesma natureza; Ângelo et al., em seu estudo em Olinda (PE), constataram que 57,1% eram de origem filantrópica¹³. Como foi verificado, esta pesquisa apresentou um percentual ainda mais elevado, talvez por se tratar de uma cidade que tem uma população com maior vulnerabilidade socioeconômica. Este dado interfere diretamente na relação dos gastos institucionais, pois as instituições de caráter filantrópico têm redução de impostos, o que gerará menor custo mensal por residente. Vale ressaltar, como parâmetro, que, das ILPIs da cidade de Botucatu, apenas uma (das nove

Tabela 4. Dados sobre Plano de Atenção Integral à Saúde e cálculo, avaliação e encaminhamento dos indicadores estabelecidos pela Resolução da Diretoria Colegiada nº 283/05

	n	%
Possui Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes	0	0
Realização do cálculo, avaliação e encaminhamento para a VS sobre os indicadores mensais previstos na RDC nº 283	0	0

Fonte: dados dos roteiros de visita da Vigilância Sanitária da cidade de Maceió às instituições de longa permanência para idosos (2009 a 2010). VS: Vigilância Sanitária; RDC: Resolução da Diretoria Colegiada.

existentes) é filantrópica, o que leva à divergência do padrão dos dados apresentados pelo IPEA¹⁴.

Na cidade de Olinda, 85,7% das ILPIs apresentam o alvará de funcionamento expedido pela VS e apenas uma (14,3%) está em processo de regulamentação¹³. No presente estudo, foram encontrados dados divergentes, pois, em Maceió, apenas 12% dessas instituições possuem o alvará de funcionamento. Questiona-se se as ILPIs da cidade de Maceió que descumpram a regulamentação nº RDC 283/05 devem ou não ser interditas pela VS. Segundo Giacomini e Couto¹⁵, “o processo de interdição de uma ILPI não é para ser comemorado como uma vitória, pois na maioria das vezes ele representa o fracasso de todas as estratégias”. Os autores acrescentam ainda que “o padrão satisfatório de cuidados deve ser normatizado, em consonância com o contexto local, porém, caberá ao Estado assumir integralmente a sua parte no cuidado dos idosos cujas entidades forem interditas” (p. 234).

Em Botucatu, o estudo evidenciou que os responsáveis técnicos pelas ILPIs eram profissionais da área de saúde, como médicos, enfermeiros e assistentes sociais, mas os coordenadores possuíam escolaridade diversa, com nível superior completo, superior incompleto, técnico e ensino fundamental incompleto¹⁴.

A presente pesquisa apresentou menor heterogeneidade quanto à escolaridade dos responsáveis técnicos. Os resultados apontaram para o nível superior completo (Pedagogia, Teologia e Medicina), superior incompleto e médio. Ficou evidente que os responsáveis técnicos de Maceió não possuem uma formação superior com enfoque em gestão, gerontologia, nem formação de multiplicadores, o que se faz necessário para desempenhar sua função na ILPI.

A carga horária mínima do responsável técnico disposta na RDC nº 283/05 é de 20 horas semanais, ou seja, é a elegida pelo critério de maior probabilidade de que o responsável técnico desempenhe as suas funções obrigatórias. Os dados mostram que 33% das instituições apresentam irregularidades nesse quesito¹⁰.

Do total da amostra, 48% dos idosos residentes nas ILPIs situadas na cidade de Maceió são independentes e apresentam melhor resultado do que os residentes nas ILPIs de Olinda, que totalizam 38,4% independentes¹³. O IPEA (2008) afirma que, no Nordeste, há 4 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, ou seja, incluídas na população idosa, conforme a PNI e o Estatuto do Idoso. O órgão também registra que, na Região: há 8.386 idosos institucionalizados (40,5% dependentes, 34,4% independentes e 25,1% semi-independentes, segundo a classificação do grau de dependência utilizada pela PNI); 90% das ILPIs utilizam o SUS; e que o gasto mensal médio das ILPIs nordestinas é de R\$ 582,70 por residente, sendo que o gasto mínimo foi encontrado em uma instituição do Estado de Alagoas, cujo valor é de R\$ 92,62, e o valor máximo (R\$ 2.750,00) foi encontrado no Estado do Rio Grande do Norte. Os valores retratam relativamente o custo da assistência oferecida aos idosos, fato que não pode ser considerado absoluto, devido à natureza jurídica, pois a maioria das instituições é filantrópica, o que assegura a isenção de taxas e de alguns impostos e o recebimento de doações e de recursos humanos voluntários⁹.

A avaliação da necessidade de hospitalização ou encaminhamento ao atendimento especializado está relacionada com os recursos humanos e com a disponibilidade de materiais na ILPI¹⁶. Nas ILPIs situadas em Olinda, o pronto atendimento 24 horas foi o mais utilizado (57,1%)¹³, divergindo da presente pesquisa, realizada em Maceió, que apontou para a maior busca, nesses casos, por centros de saúde e hospitais públicos (34%). A capacitação dos profissionais de saúde que compõem os centros de saúde é deficitária quando se refere à atenção à saúde do idoso, dificultando o desafio do envelhecimento, especialmente quando estão envolvidas a prevenção, a promoção e a reabilitação do processo saúde/doença¹⁶.

Idosos institucionalizados com dependência funcional têm maior chance de se hospitalizar¹⁷. Estudo realizado nas ILPIs em Pelotas obteve como resultado que 57,5% dos idosos apresentaram de 1 a 5 atividades básicas da vida diária com

incapacidade funcional¹⁸. A presente pesquisa apontou que 48% dos idosos institucionalizados possuem alguma deficiência na realização das atividades de vida diária.

A educação permanente do profissional da ILPI está relacionada à atividade profissional, visando gerar o aprimoramento que vai torná-lo mais crítico, reflexivo, qualificado e, ao mesmo tempo, motivado para exercer a sua atividade e, conseqüentemente, possuir qualidade de vida. No que se refere ao idoso, a educação permanente, na ILPI, deve aguçar o reconhecimento de que ele é um cidadão, para que possa atuar como agente promotor que conhece a realidade, a legislação, a tecnologia e os recursos disponíveis¹⁹. Das ILPIs de Botucatu, 55,6% possuem treinamentos com frequência esporádica. Seus representantes afirmam que os motivos para o déficit existente são: a ausência de necessidade, a inabilidade para ensinar e a falta de recursos financeiros e humanos¹⁴. No presente estudo de educação permanente na área de gerontologia, ocorreu que em 22% das ILPIs estudadas existia déficit na abordagem gerontológica e geriátrica.

O processo de ensino da educação permanente deve ser singular e específico para cada instituição e para cada atividade desempenhada. Divergindo da noção de implementação programada, de práticas selecionadas e do simples treinamento de habilidades, a política de educação permanente em saúde “congrega, articula e coloca em roda/em rede diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde”¹⁹ (p. 977).

Na educação permanente em saúde caracteriza-se o quadrilátero de formação, no qual devem existir: a análise da educação dos profissionais de saúde; a análise das práticas de atenção à saúde, buscando a integralidade; a análise da gestão setorial; e a análise da organização social, buscando o efetivo contato e a permeabilidade às redes sociais^{19,20}.

Em nenhuma instituição da cidade de Maceió há o Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes presente nas exigências da RDC nº 283/05. O Plano deve ser bianual, ter articulação com o gestor local de saúde, ser compatível com os princípios do SUS, prever a atenção integral à saúde do idoso, sofrer avaliação anual na ILPI, sobre a implantação e efetividade das ações previstas, e na preservação dos critérios mínimos de acesso, resolubilidade e humanização¹⁵.

A atenção à saúde objetiva a cura e a reabilitação. As ações de promoção da saúde, prevenção e educação em saúde visam possibilitar a manutenção da capacidade funcional e possuem uma frequência mínima nas ILPIs⁷. As ILPIs da cidade de Maceió, segundo dados coletados pela VS, não apresentam atenção integral à saúde dos idosos, só há, em algumas delas, a atenção secundária e terciária. A qualidade de vida do idoso se relaciona com a saúde; dessa forma, a falta de atenção primária ou promoção

da saúde comprometerá a qualidade de vida dos residentes nas ILPIs²¹. O SUS, em seu princípio doutrinário de integralidade, descrito na Lei Orgânica da Saúde²² nº 8.080, de 1990, em seu artigo 7º, inciso II, conceitua a integralidade de assistência

como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema²² (p. 4).

O sistema de saúde deve priorizar a atenção básica à saúde do idoso, conforme o princípio acima descrito.

Em 1986, ocorreram dois grandes fatos importantes para promoção da saúde. No cenário mundial, pode-se registrar a Carta de Ottawa, que conceitua a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e na saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Em âmbito nacional, o acontecimento importante desse período foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ampliou o conceito de saúde disposto na Constituição Federal de 1988 e incluiu a prevenção e a promoção nas ações de saúde²³. A atenção ao idoso, na área da saúde pública, é centrada no campo teórico da promoção da saúde, com premissas de um ideal de longevidade com qualidade de vida, definida por Minayo et al.²⁴ como a “síntese de todos os bens que uma sociedade considera como seu padrão de conforto e bem-estar” (p. 12).

A grande inovação desta RDC foi a definição de indicadores de desempenho e padrão de funcionamento das ILPIs que devem anualmente ser remetidos aos Sistemas Nacionais de VS e de indicadores locais¹⁵ (p. 227)

que são: taxa de mortalidade; ocorrência de escabiose/sarna; diarreia; desidratação; úlcera de decúbito; prevalência de desnutrição; diabetes; e notificação compulsória e imediata da ocorrência de eventos sentinela, como casos de queda com lesão, ou tentativa de suicídio. Em nenhuma ILPI da cidade de Maceió há a realização de cálculo, avaliação e encaminhamento para a VS dos indicadores mensais preconizados pela RDC nº 283/05¹⁰.

O aumento da expectativa de vida, associado à mudança de valores familiares, leva a maior procura da família pela institucionalização do idoso. Daí o motivo de considerar-se de interesse nacional desenvolver pesquisas e indicadores sociais em parceria com o IBGE e o IPEA, com vistas à realização de um melhor planejamento no que se refere às políticas públicas direcionadas para o idoso. Diante disso, em um estudo realizado pelo IPEA (2008) foram identificadas 302 ILPIs na Região Nordeste. Dentre estas, 16 estão situadas em Alagoas, 82 na Bahia, 30 no Ceará, 12 no Maranhão, 19 na Paraíba, 93 em Pernambuco, 6 no Piauí, 29 no Rio Grande do Norte e 15 em Sergipe.

Com a crescente conscientização da sociedade sobre seus direitos e garantias fundamentais, incluídos na Constituição da República Federativa do Brasil vigente, ampliou-se a noção de qualidade de vida e, com ela, a de bem-estar e de equidade de acesso aos bens materiais e culturais³. A qualidade de vida, definição subjetiva e divergente entre autores, se relaciona intimamente com a capacidade funcional e a percepção de saúde na população idosa. A qualidade de vida tem uma amplitude física, psicológica e social, preocupando-se com a capacidade funcional e o nível de dependência do indivíduo²¹.

A literatura sobre o tema aponta para as razões da ineficiência do cuidado institucional: a supervisão insuficiente das equipes de cuidado; a escassez e a falta de qualificação profissional das equipes; a falta de autoestima e a desmotivação dos funcionários; a baixa remuneração e as técnicas ineficazes de premiação/punição para garantir o melhor desempenho dos profissionais²⁵.

A ILPI possui como público-alvo um grupo populacional mais vulnerável, os idosos, que possui seus direitos e garantias preestabelecidos por meio da Carta Magna e das políticas públicas. Os idosos apresentam perdas fisiológicas que resultam em agravos a sua saúde, diminuição da capacidade laborativa e, conseqüentemente, a susceptibilidade a desvantagens socioeconômicas. Sendo assim, a equidade deve ser utilizada para que políticas tentem suprir as desvantagens acumuladas ao longo da vida do idoso, fator que o tornou mais vulnerável. “Conseqüentemente, equidade em saúde refere-se à redução das diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis, além de serem consideradas injustas”²⁶ (p. 59).

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Diante dos dados encontrados na presente pesquisa, faz-se necessário um diagnóstico minucioso e capaz de identificar os problemas presentes nas instituições. Só a partir desse diagnóstico poderá ser feito um planejamento, em cada uma dessas ILPIs, que contemple os pontos falhos, para que se possa investir, gradualmente e por prioridade, nas questões que afetam de maneira mais contundente os idosos, principalmente porque é possível que passem o resto de suas vidas nessas instituições.

De acordo com o descrito, as ILPIs que se localizam na cidade de Maceió não oferecem serviços em conformidade com as especificações da RDC nº 283/05, que visa à proteção, à qualidade de serviços e o controle da esfera competente quanto aos agravos à saúde dos idosos, a fim de minimizar as situações de risco.

Apesar de a ANVISA ter uma regulamentação específica para o funcionamento das ILPIs desde 2005, ainda há muito que conscientizar e exigir dos responsáveis técnicos dessas instituições para que seja garantido o envelhecimento bem-sucedido dos idosos residentes nessas instituições.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. The uses of epidemiology in the study of the elderly. Geneva: WHO; 1984. p. 1-84.
- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Pesq Nac Amost Domic. 2011;31:1-135. [cited 2013 Out 11] Available from: ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2011/Volume_Brasil/pnad_brasil_2011.pdf
- Brasil. Senado Federal. Constituição Federal do Brasil [Internet]. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 64 de 04 de fevereiro de 2010. [cited 2013 Dec 02] Available from: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_04.02.2010/CON1988.pdf
- Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde [Internet]. Brasília; 2005. [cited 2013 Out 03] Available form: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- Brasil. Estatuto do Idoso [Internet]. Brasília; 2003. [cited 2013 Ago 20] Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm
- Brasil. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil; 1999.
- Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA, Ojeda BS. A Instituição de Longa Permanência para Idosos e o sistema de saúde. Rev Latino-Am Enfermagem [online]. [cited 2013 Feb 12] 2007;15(6):1144-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_13.pdf
- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro; 2009. [cited 2013 Nov 03] Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Características das instituições de longa permanência para idosos – Região Nordeste. Camarano AA, coordenadora geral. Brasília: IPEA; 2008.
- 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. Brasília: ANVISA; 2005.
- Brasil. Ministério de Estado da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Rev Bras Estud Popul. 2010;27(1):233-5.
- Ângelo BHB, Silva DIB, Lima MAS. Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos de Olinda – PE. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2011;14(4):663-73.
- Cornélio GF, Godoy I. Perfil das instituições de longa permanência para idosos em uma cidade no Estado de São Paulo. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2013;16(3):559-68.
- Giacomin KC, Couto EC. A Fiscalização das ILPIs: o papel dos conselhos, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária. In: Camarano AA, organizadora. Para cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010.
- Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. Cad Saúde Pública [online]. [cited 2013 Out 03] 2011;27(4):779-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/17.pdf>
- Duca GFD, Nader GA, Santos IS, Hallal PC. Hospitalização e fatores associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. Cad Saúde Pública [online]. [cited 2013 Nov 05] 2010;26(7):1403-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n7/19.pdf>
- Del Duca GF, Antes DL, Hallal PC. Quedas e fraturas entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. Rev Bras Epidemiol [online]. [cited 2014 Dec 04] 2013;16(1):68-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0068.pdf>
- Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(4):975-86.
- Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004;14(1):41-65.
- Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 79-84.
- Brasil. Lei nº 8.080, de 20 de setembro de 1990. Define a Política Nacional de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.
- Brasil. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília de 17 a 21 de março de 1986 [Internet]. [cited 2013 Nov 05] Available from: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf
- Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):7-18.
- Breen GM, Matusitz J, Wan TTH. The use of public policy analysis to enhance the nursing home reform act of 1987. Soc Work Health Care. 2009;48(5):505-18.
- Viana ALA, Fausto MCR, Lima LD. Política de saúde e equidade. São Paulo Perspec. 2003;17(1):58-6.

Recebido em: 18/02/2014
Aprovado em: 10/06/2014