

Ana Amélia Camarano (Organizadora)

Cuidados

de Longa Duração para a População Idosa:
um novo risco social a ser assumido?

ipea

Ana Amélia Camarano (Organizadora)

Cuidados

de Longa Duração para a População Idosa:
um novo risco social a ser assumido?

Governo Federal

Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República

Ministro – Samuel Pinheiro Guimarães Neto

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais, possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro, e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Marcio Pochmann

Diretor de Desenvolvimento Institucional

Fernando Ferreira

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais

Mário Lisboa Theodoro

Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia

José Celso Pereira Cardoso Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

João Sicsú

Diretora de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

Liana Maria da Frota Carleial

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais, de Inovação, Regulação e Infraestrutura

Márcio Wohlers de Almeida

Diretor de Estudos e Políticas Sociais

Jorge Abrahão de Castro

Chefe de Gabinete

Persio Marco Antonio Davison

Assessor-chefe de Imprensa e Comunicação

Daniel Castro

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

Ana Amélia Camarano (Organizadora)

Cuidados

de Longa Duração para a População Idosa:
um novo risco social a ser assumido?

Rio de Janeiro, 2010

ipea

Cuidados de longa duração para a população idosa : um novo risco social a ser assumido? / Ana Amélia Camarano (Organizadora) – Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

350 p. : gráfs., mapas, tabs.

Inclui bibliografia

1. Idosos. 2. Assistência aos Idosos. 3. Aspectos Sociais. 4. Brasil. I. Camarano, Ana Amélia. II. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

ISBN 978-85-7811-080-2

CDD 362.60981

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou o da Secretaria de Assuntos Estratégicos.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

AGRADECIMENTOS

É com grande alegria e satisfação que chegamos ao final de mais um ano extremamente proveitoso, mais um ano de pesquisa cujo resultado é este livro. Coroamento de um período de trabalho iniciado em 2006, ele é fruto do esforço, da reflexão, da paciência e da perseverança de muitas pessoas e instituições.

Mesmo correndo o risco de ser injusta, deixando de enumerar todas as pessoas e instituições que tanto nos ajudaram nesse *tour de force*, gostaria de expressar o meu agradecimento:

Aos autores e coautores dos vários capítulos que compõem este livro, os quais prontamente aceitaram o convite de participarem dele, não só elaborando seus artigos com excelência, mas comparecendo a reuniões, a discussões etc.

Às pessoas que estiveram envolvidas na pesquisa de campo sobre as instituições de longa permanência brasileiras, a começar por Micheline Christophe, que coordenou a primeira parte do levantamento. Além dela, fizeram parte da equipe, em momentos diferentes, Solange Kanso, Juliana Leitão e Mello, Adriana Andrade, Daniele Fernandes Carvalho, Helena Akemi Wada Watanabe, Henrique Diniz, Sheila Epifanio e Vanessa Regina Lemos da Silva, bem como os estagiários Alexandre Lopes Damoias, Anna Cecília Jasmim de Aguiar, Camila Assano Cardoso Cruz, Carolina Gagliano, Cláudia Christina da Rocha Antunes, Gustavo Malaguti, Laura Koiller Schnoor, Raphaela Marins, Raoni Leal, Ricardo Ferreira e Talita Vieira Gonçalves.

Às instituições de longa permanência, nas pessoas de seus dirigentes e/ou gestores, que nos acolheram, responderam ao nosso questionário e abriram as suas portas para as nossas visitas e entrevistas.

Aos gestores das políticas de assistência social, saúde e congêneres das três esferas administrativas, bem como aos membros dos conselhos de idosos destas esferas e aos fiscais das Visas que participaram conosco do esforço de coleta de informações.

A Jurilza Maria Barros de Mendonça pelo estímulo e incentivo à pesquisa mencionada, e também por sua competente assessoria técnica.

À Secretaria Nacional de Direitos Humanos, ao Ministério de Desenvolvimento Social e ao Conselho Nacional de Pesquisa pelo aporte financeiro.

À presteza e à dedicação da Assessoria de Comunicação do Ipea, chefiada por José Daniel Castro e Silva, e da equipe do editorial do Ipea-Rio, em especial a

Andrea Bossle e a Roberto das Chagas Campos, bem como a Sidney Ribeiro e Camila Simas pela criação da belíssima capa.

À presidência do Ipea e à direção da Disoc, nas pessoas de Jorge Abrahão e Hélder Ferreira, pela confiança em mim depositada para a condução deste trabalho.

Ao ambiente intelectual, colaborativo e amigável do Ipea-Rio, onde o trabalho foi desenvolvido. O resultado a que chegamos só foi possível pelas discussões proveitosas com os colegas e pela excelência e competência de Juliana Leitão e Mello e Solange Kanso, que participaram mais de perto das muitas etapas deste trabalho, e das secretárias Lucilane e Maria Luiza.

A todos que, por eventual inadvertência da minha parte, não estão listados aqui, o meu **muito obrigada**.

Ana Amélia Camarano

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
ORGANIZADORA E AUTORES	11
INTRODUÇÃO	13
Ana Amélia Camarano e Juliana Leitão e Mello	
CAPÍTULO 1	
A INSERÇÃO DOS CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO PARA IDOSOS NO ÂMBITO DOS SISTEMAS DE SEGURIDADE SOCIAL: EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL	39
Maria Tereza de M. Pasinato e George E. M. Kornis	
CAPÍTULO 2	
CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO NO BRASIL: O ARCABOUÇO LEGAL E AS AÇÕES GOVERNAMENTAIS	67
Ana Amélia Camarano e Juliana Leitão e Mello	
CAPÍTULO 3	
COMO AS FAMÍLIAS BRASILEIRAS ESTÃO LIDANDO COM IDOSOS QUE DEMANDAM CUIDADOS E QUAIS AS PERSPECTIVAS FUTURAS? A VISÃO MOSTRADA PELAS PNADS	93
Ana Amélia Camarano e Solange Kanso	
CAPÍTULO 4	
COMO ESTÃO SENDO CUIDADOS OS IDOSOS FRÁGEIS DE SÃO PAULO? A VISÃO MOSTRADA PELO ESTUDO SABE (SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO)	123
Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, Daniella Pires Nunes, Lígiana Pires Corona e Maria Lúcia Lebrão	
CAPÍTULO 5	
DOS ASILOS ÀS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: UMA HISTÓRIA DE MITOS E PRECONCEITOS	145
Micheline Christophe e Ana Amélia Camarano	
CAPÍTULO 6	
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABRIGO OU RETIRO?	163
Ana Amélia Camarano e Eloisa Adler Scharfstein	
CAPÍTULO 7	
AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO BRASIL	187
Ana Amélia Camarano, Solange Kanso, Juliana Leitão e Mello e Daniele Fernandes Carvalho	
CAPÍTULO 8	
A FISCALIZAÇÃO DAS ILPIS: O PAPEL DOS CONSELHOS, DO MINISTÉRIO PÚBLICO E DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	213
Karla Cristina Giacomin e Eduardo Camargos Couto	

CAPÍTULO 9

**INTERNAÇÕES DE IDOSOS POR CUIDADOS
PROLONGADOS EM HOSPITAIS DO SUS NO
RIO DE JANEIRO: UMA ANÁLISE DE SUAS
CARACTERÍSTICAS E DA FRAGILIDADE DAS
REDES SOCIAIS DE CUIDADO**

249

Dalia Elena Romero, Aline Marques,
Ana Cláudia Barbosa e Raulino Sabino

CAPÍTULO 10

**COMO ESTÃO SENDO CUIDADOS OS
IDOSOS NO FINAL DA VIDA?**

279

Claudia Burlá, Lúgia Py e Eloisa Adler Scharfstein

CAPÍTULO 11

**DESAFIOS AO BEM-ESTAR FÍSICO E PSICOLÓGICO
ENFRENTADOS POR IDOSOS CUIDADORES NO
CONTEXTO DA FAMÍLIA: DADOS DO FIBRA CAMPINAS**

303

Anita Liberalesso Neri

CONCLUSÃO

**CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO PARA A
POPULAÇÃO IDOSA: UM NOVO RISCO
SOCIAL A SER ASSUMIDO?**

337

Ana Amélia Camarano

APRESENTAÇÃO

O envelhecimento populacional é hoje uma realidade tanto dos países desenvolvidos quanto daqueles em desenvolvimento.

No Brasil, ele está ocorrendo num contexto de envelhecimento da própria população idosa, ou seja, de crescimento mais acentuado da população de 80 anos de idade ou mais; de mudanças nos arranjos familiares e no papel social da mulher – a tradicional cuidadora dos membros dependentes da família –; e de níveis de fecundidade reduzidos. Esses processos estão resultando no aumento da população que demanda cuidados prolongados e numa redução da oferta de cuidadores familiares.

Considerando que o Estado brasileiro avançou muito no que diz respeito à garantia de uma renda mínima para a população idosa, o Ipea reconhece, neste livro, a necessidade de uma continuação nesse avanço, desta vez pela assunção, ao menos parcial, da responsabilidade pela provisão de serviços de cuidados. Isto significa estabelecer políticas públicas que possibilitem alternativas de cuidados não familiares a determinados idosos.

Partindo de um enfoque interdisciplinar, o livro analisa as condições de sobrevivência dos longevos brasileiros no que diz respeito às suas condições de autonomia para as atividades da vida diária e a capacidade da família de continuar desempenhando o papel de principal cuidadora dos seus idosos. Além disto, examina as oportunidades, os problemas e os desafios de uma proteção social efetiva para esse grupo, que inclui políticas públicas, apoios familiares e incentivos ao mercado privado.

Espera-se que este livro possa contribuir para a discussão sobre os modelos que o Brasil pode adotar para fazer frente aos novos desafios do envelhecimento populacional e às mudanças mais amplas da sociedade.

O caráter interdisciplinar do livro foi garantido pelas contribuições de especialistas de outras instituições. Estes muito contribuíram para complementar e enriquecer a visão dos pesquisadores da casa. Aproveitamos a oportunidade para agradecer a presteza e a competência com que responderam ao nosso convite.

Márcio Pochmann
Presidente do Ipea

ORGANIZADORA

Ana Amélia Camarano

Coordenadora de População e Cidadania e Técnica de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.

AUTORES

Aline Marques

Mestranda em Saúde Coletiva da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Ana Amélia Camarano

Coordenadora de População e Cidadania e Técnica de Planejamento e Pesquisa da Disoc/Ipea.

Anita Liberalesso Neri

Professora titular no Departamento de Psicologia Educacional da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Ana Cláudia Barbosa

Mestre em Saúde Pública e professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ).

Claudia Burlá

Médica, especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)/Associação Médica Brasileira (AMB); membro da Câmara Técnica sobre a Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina (CFM) e doutoranda em Bioética pela Universidade do Porto, Portugal.

Dalia Elena Romero

Pesquisadora do Laboratório de Informação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fiocruz.

Daniele Fernandes Carvalho

Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e bolsista do Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) no Ipea.

Daniella Pires Nunes

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

Eduardo Camargos Couto

Advogado, analista de sistemas, especialista em Gestão Estratégica, fiscal sanitário e ex-gerente da vigilância sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG.

Eloisa Adler Scharfstein

Secretária adjunta da SBGG, seção Rio de Janeiro, biênio 2010-2012, e psicanalista e gerontóloga.

George E. M. Kornis

Doutor em Economia pelo Instituto de Economia (IE) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e professor do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Juliana Leitão e Mello

Doutoranda do Instituto de Estudos Sociais e Políticos (IESP) da UERJ e Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental do Estado do Rio de Janeiro.

Karla Cristina Giacomini

Médica geriatra, PhD, presidente do Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte e conselheira nacional do idoso – representante da sociedade civil pela SBGG.

Ligia Py

Presidente da Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da SBGG.

Ligiana Pires Corona

Doutoranda do PPGSP da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Maria Lúcia Lebrão

Professora titular do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Maria Tereza de M. Pasinato

Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ.

Micheline Christophe

Pesquisadora do Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade (IETS) e diretora do Instituto Alfa e Beto (IAB).

Raulino Sabino

Estatístico do Instituto de Tecnologia em Imunobiologia (Biomanguinhos) da Fiocruz e mestre em Epidemiologia pelo IMS/UERJ.

Solange Kanso

Doutoranda em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz e bolsista do PNPD no Ipea.

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

Professora livre docente da Escola de Enfermagem da USP.

INTRODUÇÃO

Ana Amélia Camarano

Juliana Leitão e Mello

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma consequência importante da dinâmica demográfica atual. Nos países desenvolvidos, esse processo já é parte da sua realidade há algumas décadas. Neles, construíram-se os alicerces de uma sociedade mais inclusiva e mais adequada à população idosa. Hoje, o envelhecimento também está em curso nos países em desenvolvimento, nos quais, apesar dos enormes avanços normativos e institucionais, muito ainda precisa ser feito para que a velhice seja associada não só a uma vida ativa e saudável, mas, igualmente, bem cuidada. Neste último caso, está se referindo aos cuidados formais para a população idosa.

No Brasil, muito se avançou no que diz respeito à garantia de uma renda mínima para a população idosa, mas a provisão de serviços de saúde e de cuidados formais ainda é uma questão não equacionada. Ela assume uma importância ainda maior em função do envelhecimento da própria população idosa, ou seja, do crescimento mais acentuado da população de 80 anos de idade ou mais, de mudanças nos arranjos familiares e no papel social da mulher, tradicional cuidadora dos membros dependentes da família, e de níveis de fecundidade abaixo dos de reposição.

Projeções populacionais (ver CAMARANO; KANSO, 2009) apontam para um crescimento acentuado da população muito idosa (80 anos ou mais) para as próximas décadas. Esse subgrupo populacional representa aproximadamente 14% da população idosa, em 2010, e 1,5% da brasileira. As projeções para 2040 indicam que os muito idosos responderão por um quarto da população idosa e cerca de 7% da população total, representando um contingente de aproximadamente 13,7 milhões. Isto é resultado da redução da mortalidade em todas as idades e, em especial, nas avançadas e da alta fecundidade que prevaleceu nos anos 1950 e 1960. A literatura já apontou que ainda existe um amplo espaço para a continuação da redução da mortalidade nessas idades. Estima-se que se todas as causas de morte da população idosa consideradas evitáveis forem eliminadas, um homem aos 60 anos poderia esperar viver mais 29,2 anos e uma mulher mais 30,9 (ver CAMARANO; KANSO, 2010).

É consenso que a população muito idosa é a mais exposta às doenças e agravos crônicos não transmissíveis, muitos deles culminando com sequelas limitantes de um bom desempenho funcional, gerando situações de dependência e consequente necessidade de cuidado. O que se pode esperar, portanto, é um aumento da população que demandará cuidados, o que pode vir acompanhado de um tempo maior passado na condição de demandantes de cuidados. De acordo com Jacobzone (1999), com base nos dados disponíveis para os países-membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), os indivíduos vivem em média entre dois e quatro anos dependentes de cuidados mais intensivos no final de suas vidas.

O crescimento acentuado da população em idade mais avançada ocorre em um contexto de transformações estruturais acentuadas nas famílias, decorrentes de mudanças na nupcialidade, da queda da fecundidade e do ingresso maciço das mulheres no mercado de trabalho. Este ingresso afetou os contratos tradicionais de gênero, onde a mulher era a cuidadora e o homem, o provedor. Hoje, a mulher brasileira está assumindo cada vez mais o papel de provedora; a sua renda foi responsável por 40,9% da renda das famílias brasileiras em 2009, mas ainda mantém a responsabilidade pelo cuidado dos membros dependentes.

Essas mudanças afetam, substancialmente, a capacidade de as famílias ofertarem cuidados à população idosa. É fato já bastante documentado na literatura que historicamente esses cuidados foram atribuídos aos membros mais novos da família, que são hoje em menor número, e às mulheres, que atualmente dispõem de menos tempo para o cuidado doméstico. Estas podem ter mais recurso financeiro para pagar pelo cuidado com os membros dependentes, mas com certeza têm menos tempo. Sumarizando, a oferta de cuidado familiar parece diminuir à medida que a sua demanda aumenta.

Nesse novo cenário, de aumento da população muito idosa e de mudanças nos arranjos familiares, quatro perguntas são levantadas neste livro: *i*) como viverão os longevos no que diz respeito às suas condições de autonomia para as atividades da vida diária (AVD)?; *ii*) a família brasileira poderá continuar desempenhando o seu papel de principal cuidadora dos membros idosos?; *iii*) quais são as alternativas de cuidado não familiar disponíveis no Brasil?; e *iv*) qual deverá ser a responsabilidade do Estado na provisão de serviços de cuidados para a população dependente?

Essas quatro perguntas podem ser reunidas em apenas uma: a perda de autonomia para o desempenho das AVDs acarretada pela idade avançada deve se constituir em um risco social a ser assumido pelo Estado brasileiro? Este reconheceu a perda da capacidade laborativa pela idade avançada como um risco social, o que originou o sistema de previdência e as políticas assistenciais de transferência de renda.

Não se tem dúvidas de que as mudanças em curso impõem o reconhecimento da necessidade de se estabelecer políticas públicas que possibilitem alternativas de cuidados não familiares ou formais a determinados idosos, bem como de incentivar a participação do mercado privado na oferta de serviços. Nos países desenvolvidos com populações mais envelhecidas, a preocupação com políticas de cuidados de longa duração já está presente. Em muitos deles, elas se expressam como um novo pilar do sistema de seguridade social.

Tendo essas perguntas como pano de fundo, a proposta deste livro é discutir os impactos do envelhecimento populacional e das transformações da sociedade brasileira ao longo do século XX na demanda e oferta de cuidados para a população idosa. Aos cuidados da população idosa se convencionou chamar de “cuidados de longa duração”, denominação originada da tradução da expressão inglesa *long term care*. Especificamente, este livro pretende contribuir para a discussão sobre os modelos que o Brasil pode adotar para fazer frente aos novos desafios do envelhecimento populacional e às mudanças mais amplas da sociedade. Discute o papel a ser exercido pelas famílias, pelo Estado e o mercado privado.

O livro está estruturado em 12 capítulos, além desta introdução. Esta compreende mais duas seções. A segunda discute o que se entende por cuidados de longa duração e a terceira apresenta um detalhamento do livro.

2 O QUE SÃO CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO?

Não existe uma definição única do que significam cuidados de longa duração. Uma das definições diz que é “o apoio material, instrumental e emocional, formal ou informalmente oferecido por um longo período de tempo às pessoas que o necessitam, independentemente da idade” (UM-DESA, 2008, *apud* LLOYD-SHERLOCK, 2010). Em geral, significam cuidados não especializados tais como ajuda para as AVDs. Entre elas, cita-se tomar banho, usar o banheiro e se alimentar. Embora esses cuidados refram-se a pessoas de todas as idades, cuidados de longa duração são, em geral, entendidos como destinados à população idosa, dado ser este grupo o mais exposto a doenças crônicas que podem resultar em incapacidades físicas e/ou mentais.

Por outro lado, o envelhecimento populacional requer a inclusão, em algum grau, de serviços de saúde nos programas de cuidados. Isto exige profissionais especializados para lidar com as múltiplas doenças crônicas típicas da idade avançada. Assim sendo, cuidados de longa duração significam uma variedade de serviços que incluem, também, os de saúde.

A OCDE define como uma política de cuidados de longa duração “uma política transversal que inclua um conjunto de serviços para pessoas que dependem de ajuda

para as AVDs por um longo período de tempo” (ver EUROPEAN COMMISSION, 2008). Nos programas de cuidados devem ser incluídos reabilitação, serviços médicos básicos, abrigo/residência e outros serviços, como transporte e alimentação, além de ajuda para a realização das atividades básicas da vida diária (ABVD).

Esses serviços podem ser oferecidos no domicílio, na comunidade e em instituições. São de dois tipos: informais, prestados pelas famílias, amigos e/ou vizinhos, e formais, ofertados por profissionais especializados, sejam por parte do Estado ou do mercado privado. Em ambos os casos, e em quase todas as sociedades, a mulher é a principal cuidadora.

Em geral, cuidados de longa duração são parte dos sistemas de saúde ou dos de assistência social dos países. Os limites entre os serviços ofertados pelos dois sistemas não são muito claros. Para os países da OCDE foi recomendada a integração desses serviços, mas para Muir e Carrin (2007) isso pode causar problemas com relação aos padrões de serviços e divisão de responsabilidades. Em geral, a oferta de casas geriátricas ou de repouso são parte do sistema de saúde e o apoio para as atividades instrumentais da vida diária como limpar a casa, preparar a alimentação e outras atividades sociais são ofertadas pelo sistema de assistência social. No Brasil, como descrito no capítulo 2 deste livro, as políticas de cuidado são de responsabilidade da assistência social, mas elas se concentram no abrigo de idosos carentes.

2.1 Cuidados informais ou familiares

Os cuidados informais domiciliares predominam em todo o mundo. Jacobzone, Cambois e Robine (2000/2001) estimam que, nos países-membros da OCDE, eles representam aproximadamente 80% do cuidado de idosos com perda de capacidade funcional e/ou instrumental para AVDs. Nos Estados Unidos, famílias e amigos proveem cerca de 80% de todo o cuidado necessário aos idosos, a um custo estimado de US\$ 306 bilhões/ano, mais que o dobro do que é atualmente pago para os serviços de assistência domiciliar e o prestado pelas ILPIs naquele país (*apud* Duarte *et al.*, neste livro). Como mostrado no capítulo de Camarano e Mello, neste livro, a legislação brasileira estabelece que os idosos sejam cuidados preferencialmente nos seus lares. Isto se deve aos altos custos do cuidado formal, especialmente o institucional, e à crença de que o idoso é mais bem cuidado na sua família. Goldani (2004) sugere que tal justificativa está baseada na percepção de que os cuidadores, em especial as mulheres, não incorrem em custos financeiros e/ou emocionais ao prover cuidado aos idosos nas famílias.

Historicamente, a atividade de cuidar, seja das crianças ou das gerações mais velhas, tem sido predominantemente feminina. Isto se dá tanto no âmbito familiar

quanto no trabalho remunerado. Para algumas mulheres, isso pode resultar em uma dupla carga do trabalho de cuidar. Elas podem estar simultaneamente envolvidas com o cuidado dos filhos pequenos e dos pais ou sogros adultos. No entanto, o envelhecimento populacional é sempre associado à queda da fecundidade, o que pode levar a uma redução do trabalho com crianças, compensando o aumento do trabalho com idosos (LLOYD-SHERLOCK, 2010). Isto pode ser verdade no curto/médio prazo, mas, no longo, significa uma redução da oferta de cuidadores familiares.

Apesar das recentes transformações estruturais envolvendo os arranjos familiares e o papel social das mulheres, o processo de envelhecimento populacional parece não estar sendo acompanhado, na dimensão esperada, de uma mudança na divisão sexual do trabalho de cuidar, especialmente no cuidado familiar. Isto pode ser resultado da resistência dos atores envolvidos e/ou dos baixos incentivos institucionais que as famílias recebem, o que é reforçado pelo estado conjugal.

A pesquisa Eurobarometer mostrou as preferências e expectativas dos idosos europeus quanto a serem cuidados. Tanto as preferências quanto as expectativas são de serem cuidados nos seus domicílios por seus familiares. Isto foi declarado por 45% dos respondentes. Em segundo lugar foi o cuidado domiciliar exercido por um profissional (ver EUROPEAN COMMISSION, 2008).

Em geral, os cuidados informais são providos pelas mulheres casadas ou filhas. É o que mostram Giacomini, Uchoa e Lima-Costa (2005), a partir dos dados de uma pesquisa epidemiológica com a população idosa de Bambuí, MG. As autoras encontraram que as mulheres e filhas eram as principais cuidadoras de idosos em condição de dependência. Isso ocorria, em geral, como parte de suas atribuições. Mostraram também que a maioria das cuidadoras informais não apresentava nenhum preparo e/ou qualificação para exercer esta atividade. Resultados semelhantes também foram encontrados por Karsch (1998) com base em uma pesquisa realizada no município de São Paulo entre 1992 e 1997. A autora encontrou que 98% dos cuidadores entrevistados eram membros da família e 92,8% eram mulheres, a maioria cônjuges e filhas, 44,1% e 31,3%, respectivamente. Aproximadamente 60% das cuidadoras tinham 50 anos ou mais de idade e 39,3%, estavam na faixa de 60 a 79 anos. O último grupo cuidava de pessoas da mesma idade. Isto significa que idosos estão cuidando de outros idosos.

Duarte *et al.*, neste livro, mostram que, no município de São Paulo, os homens com idade inferior a 75 anos recebiam mais cuidados que as mulheres. Também neste livro, o capítulo de Camarano e Kanso sugere que os homens com dificuldades funcionais são cuidados por suas cônjuges e as mulheres por seus filhos. A maioria dos homens idosos dependentes é casada, o que não ocorre com

as mulheres. Estas são em sua maioria viúvas. Isso é resultado da sua mais elevada esperança de vida e da mais baixa probabilidade de se recasarem. Essa situação é verificada em quase todo o mundo. Com base nisso, alguns países, como a China, têm estimulado casamentos em idades mais elevadas, como uma forma de reduzir a pressão sobre os cuidados formais (SOKOLOWSKY, 2001).

Sintetizando, existe um forte viés de gênero no cuidado familiar. As mulheres constituem a maior parcela da população idosa, passam por um tempo maior expostas às fragilidades típicas da idade e são as principais cuidadoras, sejam familiares ou remuneradas (LLOYD-SHERLOCK, 2004).

Alguns autores observam que a percepção de que os filhos são os cuidadores naturais é fortemente influenciada por aspectos culturais e pela provisão de serviços ofertados pelo Estado. De Valk e Saad (2008), por exemplo, mostram que filhos residentes nas Antilhas reportaram ser mais responsáveis pelos cuidados com os pais do que aqueles residentes na Holanda. A religião também parece exercer forte efeito no cuidado dos filhos com os pais idosos.

Ao longo das últimas décadas, a percepção de que o cuidado dos pais idosos é uma responsabilidade dos filhos vem diminuindo em vários países. Por exemplo, no Japão, uma pesquisa investigou as expectativas das mulheres de meia-idade quanto ao recebimento de apoio por parte dos filhos. As informações foram obtidas pelas respostas dadas à pergunta: “Você está planejando depender do seu filho quando ficar idoso?” A proporção de mulheres que declararam que esperavam declinou de 65% para 17% entre 1950 e 1994. Por outro lado, a de respondentes que se achavam responsáveis pelo cuidado dos pais passou de 80% para 51% no mesmo período (OGAWA; RETHERFORD; SAITO, 2001). Na Índia, outra pesquisa de atitudes mostrou que, em 1984, 91% dos filhos adultos reportaram ser sua obrigação cuidar dos pais idosos. Esta proporção declinou para 77% em 1994. Como consequência, em 1984, nenhum dos filhos entrevistados concordara com a ideia de enviar os pais para uma instituição de residência. Já em 1994, 23% concordaram (JAMUNA, 2003, *apud* REDONDO; LLOYD-SHERLOCK, 2009).

Um estudo baseado em entrevistas com pessoas idosas em Acra, capital de Gana, mostrou que o nível de apoio familiar recebido declinara substancialmente. Em parte, isto foi resultado de piores condições socioeconômicas enfrentadas pelas gerações mais jovens (LLOYD-SHERLOCK, 2010). Outros fatores, tais como a política do filho único na China, o crescimento da proporção de mulheres sem filhos na Indonésia e o aumento da emigração na Tailândia, têm contribuído para a redução do apoio familiar à população idosa (LLOYD-SHERLOCK, 2010).

No Brasil, os dados da pesquisa empreendida pela Fundação Perseu Abramo e pelo Serviço Social do Comércio (SESC) sobre expectativas na terceira idade, realizada em 2006, mostram que 76% da população respondente não idosa aceitariam morar em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Entre os idosos, a proporção comparável foi de 67%. Essa proporção diminuiu de forma não monotônica com a idade dos entrevistados e mais intensamente entre os homens. Isso pode sugerir que as gerações mais novas teriam uma visão mais favorável à residência numa ILPI que as anteriores, o que pode, por um lado, ser interpretado como uma mudança de percepção. Por outro, esses indivíduos encontram-se mais distantes da possibilidade de necessitarem de cuidados permanentes (CAMARANO, 2007).

Ressalta-se, também, que viver com os filhos não é garantia de respeito, cuidado adequado e ausência de maus-tratos. Debert (1999) cita exemplos de denúncias de violência física contra idosos que são mais frequentes quando diferentes gerações convivem no mesmo domicílio. Salienta, também, que a família é uma instituição idealizada; é um espaço de disputa de poder entre gênero e gerações.

2.2 Cuidado formal

Parece claro que o cuidado familiar está se tornando um recurso cada vez mais escasso em quase todo o mundo. O aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, o declínio da fecundidade, as mudanças nos padrões de nupcialidade, os movimentos migratórios, entre outros fatores, estão aumentando a demanda por modelos alternativos de cuidado dos idosos em situação de dependência. Isso está requerendo uma nova divisão de trabalho entre o Estado, a família e o mercado privado para a provisão de cuidados para esse grupo populacional.

Por cuidado formal, entende-se aquele que envolve atendimento integral ao idoso em ILPIs e/ou em centros-dia e hospitais-dia, além do cuidado domiciliar formal. São ofertados por profissionais especializados tanto do setor público quanto do privado.

É comum pensar em apenas dois tipos de alternativas de cuidados: família ou instituições residenciais. No entanto, o escopo de alternativas é muito mais amplo. Algumas delas adotadas nos países desenvolvidos e sumarizadas por Redondo e Lloyd-Sherlock (2009) estão mostradas na tabela 1. Todas elas podem ser oferecidas tanto pelo Estado quanto pelo mercado privado que, também, podem complementar/apoiar o cuidado familiar. Nos países em desenvolvimento, é mínima a participação do Estado nas alternativas apresentadas nessa tabela (BRODSKY *et al.*, 2003, *apud* REDONDO; LLOYD-SHERLOCK, 2009).

TABELA 1
Alternativas de cuidados de longa duração

Intensivo	Hospitalização
	Clínicas geriátricas
Menos intensivo	Residências coletivas
	Internações de curta duração
	Abrigos
Serviços comunitários	Centros-dia
	Visitas domiciliares
	Ajuda doméstica
Apoio familiar	Benefícios monetários para cuidadores
	Grupos de apoio para cuidadores

Fonte: Dados extraídos de Redondo e Lloyd-Sherlock (2009, p. 6).

Por exemplo, o cuidado familiar pode ser complementado com uma oferta de pessoal qualificado para o cuidado direto ao idoso dependente nos seus domicílios ou por meio de algum apoio às famílias no desempenho dessas atividades, o que pode incluir treinamento, remuneração específica para a realização deste trabalho e apoio psicológico, o que varia de acordo com as necessidades. De modo geral, esta oferta, pública ou privada, visa substituir ou amenizar o trabalho realizado pelas famílias, que, muitas vezes, ocorre em condições precárias e de conflito. No Brasil, o cuidado familiar tem ocorrido com baixo apoio e orientação do Estado. São escassas as políticas e os programas de cuidado formal domiciliar, embora a oferta dessa modalidade de serviço pelo setor público esteja prevista nas legislações pertinentes.

Os serviços comunitários incluem centros-dia e hospitais-dia. Nos primeiros, o idoso passa o dia e volta para casa à noite. Estes têm sido vistos como uma melhor alternativa para os idosos que continuam morando com suas famílias e são menos dispendiosos do que as instituições residenciais. Mas essa alternativa só é adequada para pessoas independentes e/ou semidependentes. No Brasil, a sua oferta é mais baixa do que a de instituições residenciais (ILPIs). De acordo com os dados obtidos pela Pesquisa de Informações Básicas dos Municípios (MUNIC), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2005, 13,4% dos municípios brasileiros ofereciam essa modalidade de serviços. A proporção comparável para as instituições residenciais foi de 25,8%, quase o dobro (CAMARANO; MELLO; KANSO, 2009). É comum encontrar centros-dia funcionando nas ILPIs. A diferença entre centros-dia e hospitais-dia é que os últimos oferecem uma gama mais ampla de serviços de saúde.

Cuidado institucional envolve atenção integral por 24 horas a pessoas idosas em instituições de residência. Aí estão incluídas as instituições que oferecem abrigo para idosos pobres. É a alternativa mais frequente e mais antiga entre as modalidades de cuidado, mas não é considerada uma alternativa popular em quase todo o mundo. Esses espaços remetem ao isolamento do idoso no fim de suas vidas e, por essa razão, são estereotipados e marcados por preconceitos sociais. É o que mostra o trabalho de Christophe e Camarano, neste livro.

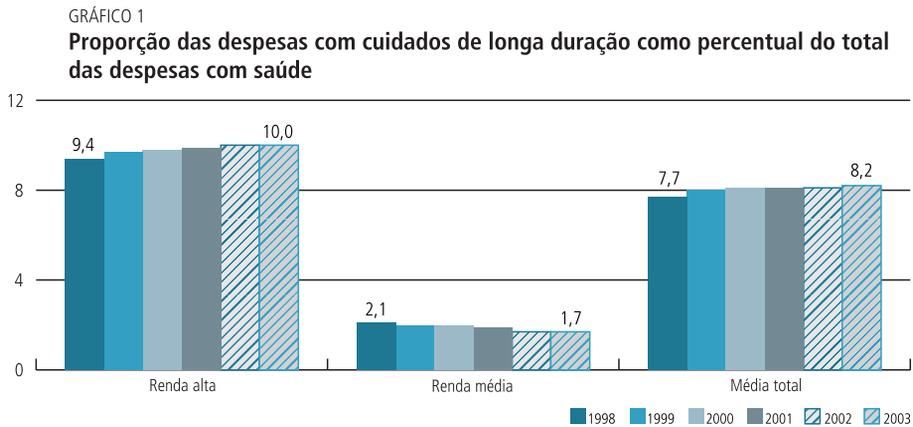
Também neste livro, Duarte *et al.* mostram que nos Estados Unidos, onde as instituições de longa permanência fazem parte da cultura local e são organizadas por diferentes níveis de complexidade assistencial, a proporção de idosos residentes é alta entre aqueles com elevados níveis de incapacidade. De 1,4 milhão de indivíduos com 65 anos ou mais dependentes em cinco a sete AVDs, 59% viviam em instituições. Além disso, cerca de 500 mil idosos com similar nível de incapacidade são assistidos em casa por meio de uma combinação de cuidados formais e informais. Esses dados são consistentes com o aumento da necessidade de instituições e/ou serviços de cuidados para pessoas que vivem sozinhas e desenvolvem incapacidades moderadas ou graves.

Informações sobre residência em instituição para os países em desenvolvimento são mais difíceis de serem obtidas. De acordo com Lloyd-Sherlock (2010), a proporção de pessoas com 60 anos ou mais vivendo em instituições variava de 0,2% nas Filipinas a 3,3% no Uruguai. Camarano *et al.*, neste livro, mostram que a proporção comparável para o Brasil foi de 0,8%. Redondo e Lloyd-Sherlock (2009) encontraram alguma evidência de que instituições estão cada vez mais se tornando uma alternativa para o cuidado do idoso. O mesmo é sugerido para o Brasil, neste livro, no capítulo de Christophe e Camarano.

Não há no Brasil um consenso sobre o que significa uma instituição de residência para idosos. Estas são, em geral, vistas como instituições de assistência social ou instituições de saúde. Como a sua origem vem dos *asylums*, um dos mais importantes motivos para a busca de uma instituição é a falta de moradia ou pobreza. Entretanto, o envelhecimento populacional e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade cognitiva, física ou mental estão requerendo que as instituições ofereçam mais que abrigo ou residência. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) está sugerindo que as instituições façam parte não só da rede de assistência social, mas também, da rede de saúde. Estas passaram a ser denominadas ILPIs. Uma pergunta discutida neste livro é se houve apenas uma mudança de denominação, ou se esta veio acompanhada de uma mudança de percepção e/ou dos serviços oferecidos por essa modalidade de atendimento.

2.3 FINANCIAMENTO DOS CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO

Uma preocupação comum entre os países desenvolvidos diz respeito à expectativa do aumento de gastos com cuidados de longa duração devido ao esperado aumento da demanda e à redução da oferta de cuidadores familiares. Já se pode falar de um aumento em curso nessa modalidade de despesa para os países de renda alta e média. O gráfico 1 mostra um aumento na proporção desses gastos em relação ao total de gastos com saúde para o conjunto de países considerados. A proporção de gastos com cuidados aumentou de 7,7% para 8,2%. Esse aumento foi verificado para os países de renda alta, onde essa proporção passou de 9,4% para 10,0%. A diferença na referida proporção entre os países de renda alta e média é muito expressiva, sugerindo uma menor oferta de serviços neste último grupo de países.



Fonte: Muiser e Carrin (2007).

Projeções realizadas pela OCDE, em 2006, apontam para um aumento na proporção de gastos com cuidados em relação ao Produto Nacional Bruto (PNB) de 0,9% para 1,6%. Acredita-se, no entanto, que esta proporção pode experimentar um crescimento ainda mais elevado, pois vários países-membros estão apenas iniciando programas nessa área (ver EUROPEAN COMMISSION, 2008).

Na maioria dos países, os programas de cuidados de longa duração são desenvolvidos por instituições diversas e financiados por fontes diferentes. Alguns países (Áustria, Alemanha, Israel, Japão, Países Baixos, República da Coreia e Ucrânia) adotaram o sistema de seguro compulsório e outros os financiam através de impostos gerais – Dinamarca e Lituânia – (ver MUISER; CARRIN, 2007). Situações intermediárias são também encontradas na Eslováquia, por exemplo, onde as contribuições obrigatórias são complementadas por uma parcela expressiva de

impostos gerais (ver EUROPEAN COMMISSION, 2008). A recomendação da OCDE é que os países estabeleçam fontes mistas de financiamento.

2.4 Dependência do idoso

Uma das questões subjacentes aos cuidados com a população idosa é a definição de dependência. Perspectivas mais amplas sobre dependência referem-se à perda da capacidade funcional e de gerar renda. Mas, em geral, o debate sobre cuidados de longa duração atém-se mais à primeira noção, ou seja, a que diz respeito exclusivamente à perda gradativa da capacidade física e cognitiva devido à idade. É o grau de dependência que determina a melhor modalidade de cuidados que cada indivíduo necessita. A dependência pode ser incapacitante ou não, bem como gradual, definitiva ou reversível. No setor público, os recursos são distribuídos ou os benefícios concedidos a partir da definição do tipo e do grau de dependência. No setor privado, as atividades e a oferta dos serviços são mais bem planejadas.

Para se avaliar o grau de dependência, pode-se considerar a capacidade de execução das AVDs, tais como alimentar-se, vestir-se, banhar-se, locomover-se etc. (CALDAS, 2003). Os sistemas de classificação, contudo, variam entre os países. Como mostrado no capítulo de Pasinato e Kornis, neste livro, no Japão e na Alemanha, por exemplo, que contam com um sistema de seguro obrigatório para financiar os cuidados de longa duração ofertados pelo setor público, a avaliação é baseada em critérios bem especificados. No Japão, analisa-se o tempo diário de que o idoso dependente precisa para realizar as atividades básicas. Na Alemanha, analisa-se o tempo e a frequência do auxílio para a realização das ABVDs, bem como as instrumentais¹ e são estabelecidos três graus de necessidade: assistencial moderada, grave e muito grave (BATISTA *et al.*, 2008).

No Brasil, a classificação utilizada está definida pela Política Nacional do Idoso (PNI), de 1994, e também pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária para fins de fiscalização das ILPIs (ANVISA, 2005). Considera o número de AVDs que o idoso não tem habilidade para efetuar. São dois os graus de dependência adotados, tendo como parâmetro o grupo dos independentes, que se caracterizam por não necessitarem de auxílio para realizar qualquer uma das AVDs. O primeiro grupo de dependência é formado pelos semidependentes, composto por aqueles que necessitam de ajuda em até três dessas atividades; o segundo, mais severo, são os totalmente dependentes, que precisam de ajuda para realizar todas as atividades de autocuidado.

1. Por atividades instrumentais, entende-se o preparo de refeições, limpeza da casa, fazer compras, entre outras.

3 ORGANIZAÇÃO DO LIVRO

Como já se mencionou, o livro está estruturado em 12 capítulos, além desta introdução. O primeiro, de autoria de Maria Tereza Pasinato e George Kornis, busca entender como a responsabilidade pela oferta de cuidados nos países hoje desenvolvida é alocada entre o Estado, o mercado e as famílias. Analisam a experiência de três países, Estados Unidos, Dinamarca e Alemanha. A escolha destes deve-se ao fato de exemplificarem os três modelos de bem-estar social, propostos por Esping-Andersen (1990). Os três modelos são: o liberal, marcado pela participação mais incisiva do mercado; o social-democrata, identificado com a prestação direta de serviços públicos universais; e o conservador, baseado na utilização de mecanismos de seguro. A participação da família, do mercado privado e/ou do Estado na provisão dos serviços de cuidados varia de acordo com o modelo. No entanto, os três países consideram a demanda por cuidados de longa duração no âmbito dos seus sistemas de seguridade social. Ou seja, assumiram a fragilidade do idoso como um risco social a ser coberto.

O segundo capítulo, de Ana Amélia Camarano e Juliana Leitão e Mello, discute os marcos jurídicos que normatizam e regulam a oferta de cuidado formal ao idoso no Brasil e apresenta algumas das ações empreendidas pelo governo federal nas duas últimas décadas. As autoras contrapõem os avanços aportados pela Constituição de 1988 no que se refere à garantia de uma renda mínima para os idosos, à continuação da atribuição delegada à família da responsabilidade com o cuidado do idoso frágil. Além da Constituição de 1988, a PNI e o Estatuto do Idoso estabelecem que o cuidado com os idosos deve ocorrer preferencialmente nos seus “lares”.

Como consequência, o papel do Estado na área de cuidados tem sido residual, centrado quase exclusivamente no abrigo de idosos pobres. A atuação do governo federal junto às instituições que cuidam dos idosos tem se realizado via cofinanciamento das instituições filantrópicas. O número de instituições públicas é muito pequeno, 170 instituições num total de 3.294, ou seja, 5,2% do total. Das públicas, a maioria é municipal. As políticas de cuidados de longa duração são de responsabilidade do órgão da assistência social, que é, atualmente, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Cabe à vigilância sanitária, através da Anvisa, o papel de fiscalizar as entidades que cuidam de idosos. Os avanços obtidos pelo governo federal concentraram-se no âmbito da fiscalização, o fomento e o incentivo têm assumido um caráter residual. O capítulo conclui pela necessidade de o Estado brasileiro aumentar a sua provisão de serviços de cuidados devido ao esperado crescimento da população muito idosa, a principal demandante de cuidados, e à redução da oferta de cuidadores familiares.

O terceiro e quarto capítulos discutem como as famílias brasileiras cuidam dos idosos com dificuldades para a vida diária. O primeiro deles, de autoria de Ana Amélia Camarano e Solange Kanson, analisa os dados dos suplementos de saúde das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNADs) de 1998, 2003 e 2008 para o Brasil como um todo. Além disso, traça quatro cenários para a demanda futura por cuidado no Brasil até 2020, considerando o crescimento da população com incapacidade funcional e a redução da oferta de cuidadores familiares. Aponta para a necessidade de um crescimento acentuado na provisão de cuidados formais, não familiares, nos próximos dez anos.

O segundo deles, de Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, Daniella Pires Nunes, Ligiana Pires Corona e Maria Lúcia Lebrão apresenta uma análise detalhada sobre como estão sendo cuidadas as pessoas idosas mais fragilizadas no município de São Paulo. As autoras utilizam dados de uma pesquisa específica para idosos, longitudinal, Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (Sabe), que foi a campo em 2000 e 2006.

Os dois trabalhos, apesar de baseados em fontes de dados diferentes, chegaram a algumas conclusões semelhantes: o crescimento na proporção de idosos com dificuldades para realizar as AVDs na primeira década deste século e uma proporção maior de mulheres com limitações funcionais. Ambos mostram, também, que o comprometimento funcional gera a necessidade de ajuda e que esta ajuda, ainda hoje, é fornecida principalmente pela família.

Como a pesquisa Sabe permite um detalhamento e aprofundamento maior do que as PNADs, foi mostrado que, por mais que as famílias cuidem dos idosos dependentes, esse cuidado parece estar aquém das necessidades reais apresentadas por eles. Um dos achados do estudo para 2000 foi que a maioria dos idosos estava em arranjos categorizados como mais continentais, ou seja, mais propensos a receberem ajuda. No período de seis anos, os idosos ficaram mais velhos, mais dependentes e, por outro lado, passaram a residir em arranjos com menor capacidade de assistência às suas demandas. Ou seja, pode-se falar de uma redução da oferta de cuidado familiar.

O trabalho de Camarano e Kanson confirma os achados do trabalho de Duarte *et al.* Apesar de a maioria dos idosos estar residindo em arranjos considerados continentais, esta proporção decresceu entre 1998 e 2008, enquanto aumentou a proporção de idosos com dificuldades para as AVDs. A redução mencionada na proporção de arranjos continentais foi mais intensa entre os homens idosos do que entre as mulheres. É provável que as mudanças aqui apontadas sejam resultado das modificações na nupcialidade: não casamentos, descasamentos e viuvez.

Também ficou claro nos dois trabalhos que a capacidade da família de cuidar das necessidades das pessoas idosas é sempre limitada por questões econômicas. Por outro lado, o trabalho de Camarano e Kanso mostrou que mais de 80% dos homens e mulheres idosos com dificuldades para as AVDs recebiam algum tipo de benefício social. Isso confere a esses indivíduos algum empoderamento, mesmo quando vivenciam uma situação de fragilidade física e/ou mental. As famílias em que residem são compostas por membros idosos e não idosos. Em quase metade das famílias em que os idosos com dificuldades funcionais eram chefes ou cônjuges residia pelo menos um filho adulto. Entre os filhos adultos, 37,6% não trabalhavam e não estudavam e 7,6% apenas estudavam. Eles provavelmente contavam com a renda dos pais para o seu sustento e, em contrapartida, deviam oferecer alguma ajuda para eles. Como resultado, a participação da renda do idoso demandante de cuidado na renda dessas famílias foi de aproximadamente 55%. Isso sugere que esses idosos deviam precisar de ajuda, mas também proviam alguma, pelo menos em termos financeiros.

Neste trabalho, mesmo os idosos demandantes de cuidados que viviam nas casas dos seus filhos, genros ou outros parentes contribuíam para a renda desses domicílios. Os homens idosos contribuíam com cerca de 30% do total da renda e as mulheres com um quarto desta. Provavelmente buscaram ajuda na casa dos filhos ou de outros parentes e ofereciam alguma ajuda. Foi sugerido que as famílias se estruturam de forma a propiciar um sistema de transferência intergeracional de duas vias, mediado pelas políticas públicas, no caso a seguridade social. Isto significa que receber um benefício ou alguma renda pode ajudar o idoso a receber o cuidado da família.

Os dois trabalhos concluem que a questão do cuidado apresenta um forte componente de gênero. As mulheres são as principais cuidadoras e as mais demandantes de cuidados. Camarano e Kanso sugerem que os homens com dificuldades funcionais podem esperar serem cuidados por suas cônjuges e as mulheres, pelos filhos. No entanto, enquanto isso é observado para cerca de 77% dos idosos do sexo masculino, apenas metade das mulheres idosas residia com filhos. Ou seja, apesar de serem as principais cuidadoras, são menos propensas a receberem cuidados familiares. Este é um dos fatores que ajudam a explicar por que, em geral, as mulheres predominam nas instituições de longa permanência. O trabalho de Duarte *et al.* para o município de São Paulo mostra que, com o avançar da idade, os homens passam a receber menos cuidados familiares que as mulheres.

Micheline Christophe e Ana Amélia Camarano apresentam, no capítulo 5, com base nas informações encontradas, uma história incompleta das instituições

asilares brasileiras e também discutem as visões predominantes entre especialistas e a mídia com relação a esta forma de cuidado. Consideraram a história traçada como incompleta, porque não encontraram dados e nem referências que permitissem o estabelecimento de uma linha contínua de evolução das instituições.

Apesar de as instituições asilares constituírem a modalidade mais comum de cuidado ao idoso dependente fora do âmbito familiar, são comumente associadas a imagens negativas e preconceitos em todo o mundo. A sua história remonta à Grécia Antiga e sua trajetória no Ocidente explica grande parte do preconceito que ainda cerca este tipo de instituição. Essa trajetória é fruto da caridade cristã europeia, o que resultou na associação de asilos com pobreza, negligência e abandono do idoso pelas famílias. Algumas das percepções existentes na origem dos asilos encontram-se presentes ainda hoje, em maior ou menor grau.

Isto se deve, em parte, à predominância das instituições filantrópicas no conjunto das instituições brasileiras. Constituem quase dois terços delas. Além disso, é intensa a participação das associações religiosas, filantrópicas e de imigrantes nesta atividade, com destaque para a Sociedade São Vicente de Paulo. Foi possível, a partir dos dados da pesquisa nacional, sobre as ILPIs brasileiras, mencionada no capítulo 7 deste livro, inferir a existência de um crescimento monotônico do número de instituições brasileiras nas últimas décadas. No período mais recente, o crescimento mais acentuado foi o das instituições privadas com fins lucrativos. A participação das instituições públicas foi sempre baixa.

Das várias críticas a essa forma de cuidar, uma delas, mais tradicional, argumenta que essa modalidade é caracterizada pela prática de restrição e controle, em que os residentes têm de obedecer a normas estritas. Outra refere-se à visão de que elas favorecem o isolamento do idoso, sua inatividade física e mental, provocando consequências negativas para sua qualidade de vida. Esse tema também é discutido no capítulo 6. Neste capítulo, as autoras ressaltam que é importante relativizar a questão da ruptura dos laços sociais do residente nas ILPIs, pois sentimentos de desamparo e abandono tendem a ser gerados entre os indivíduos que estão vivendo a última fase de suas vidas, mas isso, de uma maneira geral, independe do lugar de moradia. Além disso, entre os motivos alegados para procurar a residência em ILPIs citam a ausência de família e a necessidade de contatos sociais, ou seja, espera-se que as instituições propiciem também a formação de novos vínculos sociais. Isto foi comprovado no capítulo 6.

Além da sua origem associada à pobreza e ao abandono, parece que o medo da morte explica também parte do preconceito ainda existente em relação aos asilos. Como eles são destinados a pessoas que estão vivendo a última fase da

vida, todas elas estão em contato constante com a finitude, perdas e doenças. Por isso, o ingresso em um asilo não vem acompanhado de um projeto de retorno à comunidade e/ou à família.

Outro preconceito levantado pela literatura e mídia diz respeito à perda de privacidade e consequente perda de individualidade dentro das instituições. Não se tem dúvidas de que residir num quarto individual depende em muito das condições socioeconômicas dos residentes. Num país como o Brasil, marcado pela diversidade cultural e as desigualdades socioeconômicas, pode-se esperar que as instituições para idosos também reflitam esta condição e, por isso, são muito heterogêneas.

Em muitos casos, os preconceitos em relação às ILPIs têm sido propagados pela mídia. Acredita-se que parte deles origina-se também da má qualidade dos serviços. Por outro lado, uma baixa oferta de instituições não contribui para a melhoria da sua qualidade. Uma oferta ampla de instituições permite maior escolha por parte dos usuários e pode funcionar como um mecanismo de pressão para a melhoria da qualidade. Mas para que isto ocorra a redução de preconceitos é importante.

Apesar de a visão negativa em relação às ILPIs ser ainda predominante, as autoras consideram que está em curso uma mudança, que se expressa em várias esferas. Em algumas situações, as instituições já são vistas como uma residência coletiva que propicia integração social, criação de laços afetivos e não implica, necessariamente, rompimento de laços familiares.

O sexto capítulo discute o significado das ILPIs, a partir da pseudo-oposição entre as suas duas funções: abrigo e retiro. É de autoria de Ana Amélia Camarano e Eloisa Adler Scharfstein e foi baseado nos resultados de uma pesquisa de campo de caráter qualitativo realizada em seis instituições do Estado do Rio de Janeiro. Nele, as autoras discutem a hipótese de que as ILPIs são espaços onde a vida continua, com novas histórias, contrariando os estereótipos de que são depósitos de velhos e um “lugar para se morrer”. Para isto, buscam captar as relações pessoais e a vida social em uma instituição. Centram nos relacionamentos do residente com a sua família antes e após a mudança para lá, com outros residentes e com membros da equipe. A análise foi feita do ponto de vista do residente e do familiar.

Como já foi dito, mitos e estereótipos marcam as percepções sobre as instituições que cuidam dos idosos, bem como sobre a família. Enquanto aquelas são vistas como um retiro da vida social, esta representa abrigo e proteção. No entanto, tanto a família quanto as ILPIs são instituições idealizadas. Na verdade, ambas são espaços de conflito e disputa de poder, abrigam e retiram indivíduos da sociedade. Essas vantagens e desvantagens são percebidas diferentemente. Do ponto de vista do idoso, as duas grandes questões são a sua perda de autonomia e a insuficiência

de renda. Isto o coloca em desvantagem onde quer que ele esteja, o que ainda pode ser agravado por histórias familiares conflituosas.

As autoras chamam a atenção para o fato de a vida em uma instituição reproduzir, de forma ampliada, a vida em família. Ali se encontram “abrigo”, “retiro”, conflitos, abandono, expectativas, culpas, frustrações, afetos, cuidados, entendimentos, solidão etc. Ou seja, são situações que provavelmente também são vividas em uma residência particular. Em ambos os tipos de residência se encontram indivíduos “retirados” da sociedade – os altamente dependentes. É provável que parte desses indivíduos quando se mudaram para a instituição já estavam “retirados”, em decorrência das condições de saúde e não do tipo particular de residência. Nas instituições, observa-se uma concentração de indivíduos dependentes.

Com relação ao abandono, as autoras questionam se o que é vivenciado na instituição é diferente do vivenciado na família e afirmam que a criação de vínculos dentro de uma instituição é possível, tanto entre o residente e seus familiares como entre os próprios residentes. A necessidade da manutenção das relações familiares é também dos parentes, não só dos residentes. A instituição abriga também indivíduos que não têm vínculos, nem um lugar para morar. Nesse caso, proporciona-lhes, além do abrigo, cidadania, reencontro com familiares e uma socialização. Um ponto que se levanta é como funcionam esses “vínculos impostos” pela legislação.

O sétimo capítulo traça um perfil das instituições de longa permanência brasileiras, com base na pesquisa nacional, de caráter censitário, realizada pelo Ipea entre 2007 e 2009. É de autoria de Ana Amélia Camarano, Solange Kanso, Juliana Leitão e Mello e Daniele Fernandes Carvalho.

O capítulo se inicia definindo o que se entende por ILPI, já que não existe consenso no Brasil sobre a sua definição. É muito comum associar instituições de longa permanência a instituições totais ou de saúde. Os dados analisados não confirmam esta associação. Assumiu-se que essas são residências coletivas.

A pesquisa identificou 3.548 instituições distribuídas por apenas 29,9% dos municípios brasileiros. A grande maioria é filantrópica, 65,2%, aí incluindo as religiosas e leigas. As privadas com fins lucrativos constituem 28,2% do total. Apenas 6,6% das instituições brasileiras são públicas ou mistas. As instituições brasileiras estão concentradas na região Sudeste, aproximadamente dois terços delas, e nas cidades maiores.

A cobertura dessa modalidade de atendimento é relativamente baixa. Apenas 1% da população idosa brasileira reside em ILPIs. Isto pode ser reflexo do baixo número de instituições e do preconceito em relação a essa modalidade de cuidados,

o que afeta sua expansão. As instituições brasileiras são pequenas; em média, cada ILPI brasileira abriga 30,4 residentes. Estão trabalhando quase em plena capacidade, aproximadamente 90% dos seus leitos estão ocupados.

O capítulo mostra, também, como apontado na literatura, que as mulheres e as pessoas mais velhas predominam nas ILPIs. Esse predomínio é mais acentuado nas instituições privadas com fins lucrativos. Isso sugere que a busca pela moradia numa ILPI privada se dá, principalmente, por pessoas dependentes que não podem contar com um cuidador familiar. Por outro lado, nas públicas e filantrópicas, questões de ordem financeira devem prevalecer entre os fatores que levam à procura de uma instituição para moradia. Esta hipótese é reforçada pela constatação de que nas instituições públicas e filantrópicas predominam residentes independentes. O contrário ocorre nas instituições privadas com fins lucrativos.

Apesar de as instituições de longa permanência não serem instituições de saúde, quando se analisa o conjunto delas no Brasil, os serviços de saúde são o principal oferecido. Isso é ainda mais marcante entre as instituições privadas. Por outro lado, entre as públicas, que apresentam elevada proporção de residentes independentes, é maior a proporção de atividades que geram renda, de lazer e/ou cursos diversos.

O capítulo mostrou também que as instituições brasileiras vivem principalmente do recurso aportado pelos residentes e/ou familiares. A segunda receita mais elevada é oriunda do financiamento público (federal, estadual ou municipal), que está em torno de 20%, o que não é muito expressivo. Parcerias com o setor público e privado ajudam as instituições a desempenharem suas funções.

As autoras concluem que as instituições cumprem dois papéis. Fornecem abrigo para idosos pobres, o que deve estar associado à sua origem, e cuidados para idosos frágeis. Essa duplicidade de funções não caracteriza exatamente dois tipos de instituições. Concluem que, mesmo no caso de abrigo, a ajuda do Estado é pequena. Ela pode adquirir uma importância maior se for levado em conta que a renda do idoso e/ou de seus familiares é responsável por aproximadamente 57% do financiamento das instituições. No caso da renda do idoso, ela vem principalmente da seguridade social.

O oitavo capítulo, de Karla Giacomini e Eduardo Camargos Couto, analisa a fiscalização das ILPIs filantrópicas pelos conselhos competentes, pelas vigilâncias sanitárias e Ministério Público no município de Belo Horizonte. O capítulo descreve o papel dos órgãos responsáveis pelas ações de fiscalização.

A fiscalização é feita tendo como parâmetro a Resolução de Diretoria Colegiada da Anvisa (RDC) nº 283, de 2005 que define as normas de funcionamento

para as ILPIs. Ela aborda diversos itens relativos ao seu funcionamento e determina a necessidade de cuidadores e profissionais conforme o grau de dependência da pessoa idosa. Segundo os autores, a grande inovação aportada por essa legislação foi a definição de indicadores de desempenho e padrão de funcionamento das ILPIs que devem anualmente ser remetidos aos Sistemas Nacionais de Vigilância Sanitária e de indicadores locais, tais como taxa de mortalidade; ocorrência de escabiose/sarna, diarreia, desidratação, entre outros. No entanto, até o momento da conclusão do artigo ainda não houvera a divulgação dos resultados obtidos.

Todas as instituições estão sujeitas à fiscalização pelos órgãos reguladores com base nas leis. Embora todos os entes federados possam legislar sobre as melhores práticas de cuidado em ILPIs, somente um pequeno número de municípios elaborou normas específicas. Os autores citam, como exemplo, a publicação de uma portaria pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (MG). Essa norma padronizou as condições estruturais e físicas das ILPIs, levando em conta a capacidade funcional dos idosos.

Os autores relatam a experiência da fiscalização nesse município que se iniciou com a adequação física dos locais e incluiu, também, a capacitação das equipes visando tornar as ILPIs mais acolhedoras. Buscou, também, sensibilizar os dirigentes para a necessidade de alocação de recursos humanos e financeiros e para a busca de parceiros permanentes no atendimento aos idosos. Dificuldades foram encontradas, tais como número insuficiente de fiscais, falta de capacitação destes para atuação em gerontologia, necessidade de padronização das medidas pelo grupo de fiscais para reduzir a subjetividade e impossibilidade de fornecimento do Alvará Sanitário no formato da lei atual.

No que se refere às instituições, foram observadas três realidades distintas: a das instituições filantrópicas, a das ILPIs privadas da região mais rica da cidade e a das ILPIs privadas que atendem idosos na periferia. Essa realidade reflete as desigualdades sociais do país. Nas instituições filantrópicas, observou-se um forte cunho religioso, baseado na compaixão e na caridade, pelo qual os idosos são acolhidos, independentemente de a entidade ter ou não condições para cuidar. Nas ILPIs privadas que atendem idosos nas regiões de maior poder socioeconômico, a mensalidade é fixada conforme a clientela e os serviços ofertados. Em geral, os dirigentes são profissionais, com formação gerontológica e com prática empresarial. Já as ILPIs privadas, que assistem à clientela mais pobre, costumam utilizar-se de práticas quase criminosas, como a apropriação indébita dos recursos dos residentes, a contenção física, trancando os residentes e/ou impedindo o acesso deles às dependências da ILPI, e mantendo-os sem contato com outras pessoas. Alguns

casos encontrados foram graves o suficiente para justificar a interdição definitiva pela Anvisa. No entanto, os gestores dessas ILPIs, após a interdição, insistem em funcionar em outro local, migrando para municípios ou bairros circunvizinhos.

Na visão dos autores, a fiscalização consiste em um grande avanço no sentido da melhoria dos serviços oferecidos através da educação e valorização do trabalho de cuidado.

Dalia Romero, Aline Marques, Ana Cláudia Barbosa e Raulino Sabino, no capítulo 9, apresentam uma das facetas da fragilidade das redes sociais de cuidados de longa duração no Brasil, a partir da análise de internações de idosos por cuidados prolongados em alguns hospitais da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio de Janeiro. Os autores analisam o alongamento do tempo de internações pela dificuldade de reinserção social dos idosos. Estas internações se prolongam a ponto de serem caracterizadas como “institucionalização hospitalar de idosos”. A complexidade de fatores que incidem em tal institucionalização é um dos temas abordados nesse capítulo.

Os autores mostram que mais da metade dos idosos com internações por cuidados prolongados permaneceram no hospital por mais de seis meses e aproximadamente 21% dos idosos ultrapassaram os dois anos de internação, o que caracteriza a institucionalização de idosos em hospitais. Continuar internado foi o desfecho mais expressivo para as internações estudadas. Apenas 20% saíram da rede hospitalar para uma instituição de cuidados, como ILPI, ou retornaram ao convívio familiar. O capítulo mostra também que, para 22% dos homens e 18% das mulheres, o motivo da maior permanência nos hospitais é o caráter sociofamiliar.

Esse processo apresenta grandes diferenciais por gênero. Os homens são mais expostos a internações por cuidados prolongados do que as mulheres. Uma das explicações levantadas pelos autores para tal é o fato de as mulheres utilizarem com mais frequência e regularidade os serviços de saúde de prevenção médica e os homens os procurarem predominantemente para as atividades curativas, mesmo na velhice. Isto pode resultar em que as internações ocorram em estágios mais avançados das doenças, o que levaria à necessidade de prolongamento da internação para cuidados e recuperação.

Alguns estudos, relatados no capítulo 9, buscam explicar o fenômeno. Um deles é o de Due *et al.* (1999), que mostrou que as redes sociais das mulheres são maiores e mais diversificadas do que a dos homens. Também Saad (2003), pesquisando sobre a transferência de apoio informal da população idosa do município de São Paulo, mostrou que os homens recebem menos ajuda dos familiares e amigos para as atividades básicas do cotidiano do que as mulheres. Duarte *et al.*,

neste livro, também encontraram o mesmo resultado para idosos com 75 anos ou mais. Ainda uma terceira explicação para a maior hospitalização dos homens é a sua maior vulnerabilidade ao longo da vida, em parte, devida ao alcoolismo e a outros problemas sociais, que acarretam maior isolamento.

Esses resultados sugerem que essa forma de internação, em muitos casos, representa a institucionalização definitiva do idoso, aproximando esses hospitais das instituições asilares. No entanto, eles oferecem um cuidado não adequado aos idosos, a um custo mais elevado, e deixam de atender a pessoas com real necessidade de internação hospitalar. Pode-se falar, portanto, de uma má alocação de recursos públicos.

Claudia Burlá, Ligia Py e Eloisa Adler Scharfstein, no capítulo 10, discutem o papel das ILPIs no final da vida dos idosos num contexto de aumento da longevidade, decorrente dos avanços da medicina, e do aumento de pessoas com doenças crônico-degenerativas.

A partir desse cenário de mudanças, as autoras oferecem uma discussão sobre como é – e como deveria ser – o processo de morrer em uma ILPI e introduzem o conceito de Cuidados Paliativos como uma forma importante de lidar com o processo que leva à morte. Trata-se de abordagem voltada para a qualidade de vida das pessoas na última fase da vida, diante do avanço irreversível e progressivo de uma doença. A Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou o primeiro conceito de Cuidados Paliativos em 1990, especificamente para as pessoas com câncer. Em 2002, esse conceito se ampliou.

O caráter inovador desse conceito é colocar no centro do processo a pessoa doente, suas necessidades e seus desejos, e não o órgão doente, como, em geral, ocorre nos hospitais brasileiros. Nessa perspectiva, enfatiza-se o momento da morte como a coroação de uma vida. Essa prática é observada em mais de 100 países. No Brasil, ela se ampliou a partir da década de 1980, mas é ainda incipiente. Essa forma de cuidado pode ser desempenhada onde quer que estejam as pessoas ao final da vida: nas famílias, sozinhas, internadas em enfermarias de hospitais ou em unidades de tratamento intensivo ou ainda residindo em instituições de longa permanência. As autoras reconhecem que, apesar de a família ser considerada o lugar ideal de amparo e aconchego, a ILPI atualmente se apresenta como uma alternativa eficiente e humanitária de moradia para os idosos que a desejem ou dela necessitem. No entanto, afirmam que o atendimento ao idoso sob a ótica dos Cuidados Paliativos ainda não é uma realidade nas ILPIs brasileiras.

Uma das dificuldades enfrentadas para a implantação dessa modalidade de cuidado nas ILPIs é que estas não são instituições de saúde. A prática vivenciada por

elas é semelhante à vivenciada nos domicílios particulares. Quando um problema de saúde se agudiza, os idosos são encaminhados aos hospitais. Essa conduta representa a saída do seu lugar de pertencimento nos momentos críticos do seu processo de morrer. Quando os idosos chegam aos hospitais, em geral, em situação de comorbidade irreversível, os médicos utilizam-se de meios extraordinários, como a internação em uma unidade de terapia intensiva como única possibilidade de intervenção. Isto ocorre devido ao viés curativo dos médicos e ao fato de que os cuidados paliativos são ainda uma prática inexistente na maioria dos hospitais brasileiros.

No capítulo 11, Anita Neri analisa as condições de saúde e bem-estar social de idosos cuidadores de idosos. Explora as relações entre algumas características desses cuidadores (sexo e idade), circunstâncias do cuidado (o alvo e a intensidade do estresse gerado pelo ato de cuidar), contexto familiar em que ocorre o cuidado (renda, arranjo familiar e disponibilidade de apoios sociais), suas condições de saúde física e mental (fragilidade, número de doenças e depressão) e sua participação social indicada pelo número de AVDs que deixaram de desempenhar. Utilizou-se dos dados da pesquisa Fibra Campinas,² para este município.

Os cuidadores foram selecionados entre os entrevistados pela pesquisa mencionada. Foram considerados aqueles que cuidavam ou haviam cuidado do cônjuge ou de pais idosos no decorrer dos últimos cinco anos. À semelhança de achados na literatura, a maioria dos cuidadores eram mulheres cuidando dos maridos. Além disso, a autora encontrou que 31,4% envolveram-se em cuidados aos pais e 10,7% a ambos. A grande maioria dos cuidadores tinha entre 65 e 74 anos, ou seja, eram pessoas expostas ao risco de desenvolvimento de doenças crônicas e incapacidade delas decorrentes.

O arranjo domiciliar mais frequente desses cuidadores foi o de casal sem filhos, seguido da residência no domicílio de um filho. Morar sozinho apareceu em terceiro lugar e casal com filhos em quarto. Os dados da pesquisa Fibra em relação a diferenciais de gênero na composição familiar dos idosos cuidadores também apontam para a mesma direção daqueles encontrados pelas PNADs para os idosos brasileiros com incapacidade funcional e os localizados pela pesquisa Sabe para o município de São Paulo, ambos apresentados neste livro. Foi encontrado que mais homens moravam com a esposa, seja com filhos ou não, relativamente às mulheres.

2. Fibra significa *Rede de Estudos sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros*. É dedicada à realização de um estudo multicêntrico sobre fragilidade e suas relações com variáveis socioeconômicas, psicológicas, sociais, de saúde, de estilo de vida, de capacidade funcional e de acesso e uso de serviços de saúde.

A autora encontrou na literatura que o ato de cuidar implica uma morbidade mais elevada, bem como consequências negativas advindas para a saúde física e mental dos cuidadores familiares. Aponta para relações entre prestar cuidados e problemas de saúde física e mental do cuidador e entre prestar cuidados e aumento do risco de virem a proporcionar cuidados de má qualidade ou mesmo a maltratar os idosos que estão sob cuidados. Também foram encontradas relações entre baixa satisfação com a vida e prestar cuidados por muito tempo e problemas de saúde e poucos recursos financeiros. Em contrapartida, o envolvimento social e a atividade de cuidar protegem idosos da depressão, bem como a vivência religiosa e o apoio social.

O ato de cuidar em condições econômicas desfavoráveis leva também à falta de informações sobre o que está acontecendo com o indivíduo cuidado e sobre o que fazer em relação à pessoa de que cuida. Isto se soma às dificuldades no acesso a serviços de saúde e à falta de ajuda instrumental proveniente da rede de suporte formal afetando a qualidade do cuidado.

Duarte *et al.*, neste livro, também chamam a atenção para as consequências negativas para a saúde física e mental do cuidador familiar. Apresentam resultados de um estudo nacional para os Estados Unidos, onde o cuidador trabalha arduamente e por muito tempo. Estima-se que despenda cerca de 40 horas ou mais de cuidado por semana e esta atividade dura em média 4,3 anos. O cuidador de um cônjuge cronicamente doente apresenta uma taxa de mortalidade 63% maior do que a de seus pares que não são cuidadores. Cônjuges cuidadores que proveem mais de 36 horas semanais de cuidado direto apresentam seis vezes mais chance de desenvolverem sintomas depressivos ou ansiedade quando comparados com filhos cuidadores, cuja chance é duas vezes maior. Adicionalmente, cuidadores familiares têm uma probabilidade de desenvolver doenças mentais ou deterioração física duas vezes mais elevada do que os não cuidadores. Cuidadores familiares submetidos a estresse extremo apresentam envelhecimento prematuro. Estima-se que tais condições reduzam em cerca de dez anos a sua expectativa de vida. A maioria dos cuidadores reportou não estar preparada para o desempenho de suas atividades.

No último capítulo, de Ana Amélia Camarano, são traçadas algumas das perspectivas para o cuidado de longa duração no Brasil. Discute-se a viabilidade de essa forma de cuidado e a oferta de serviços necessária para tal virem a constituir um novo risco social a ser assumido pelo Estado brasileiro.

REFERÊNCIAS

- ANVISA. *RDC nº 283*, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: <www.portalsaude.gov.br>
- BATISTA, A. S. *et al. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social*. Brasília: Coleção Previdência Social, Ministério da Previdência Social, 2008, v. 28.
- BRODSKY, J. *et al. Key policy issues in long-term care*. Geneva: World Health Organisation, 2003.
- CALDAS, P. C. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 733-781, 2003.
- CAMARANO A. A. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. *In: ABRAMO, P. (Ed.). Idosos no Brasil – vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Edições SESC, 2007. p. 169-190.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S. *Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados*. Rio de Janeiro: Ipea, 2009 (Texto para Discussão, n. 1.426).
- _____. *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. 2010. Mimeografado.
- _____.; MELLO, J. L.; KANSO, S. Diagnóstico e desempenho recente das ações governamentais de proteção social para idosos dependentes no Brasil. *In: CARDOSO JÚNIOR, J. C. Brasil em desenvolvimento: estado, planejamento e políticas públicas*. Brasília: Ipea, 2009. v. 03.
- DEBERT, G. G. *A Reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/FAPESP, 1999.
- DE VALK, H. A. G.; SAAD, P. M. *Perceptions of filial obligation among migrant and non-migrant elderly: a comparison at the country of origin and destination*. Paper presented at the 2008 – European Population Conference, 2008.
- DUE, P. *et al.* Social relations: network, support and relational strain. *Social Science and Medicine*, v. 48, n. 5, p. 661-673, Mar. 1999.
- ESPING-ANDERSEN, G. *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1990.
- EUROPEAN COMMISSION. *Long-term care in the European Union*. European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG Social Protection and Integration Social Protection, Social Services, Apr. 2008.
- GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. da F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes (The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): the experience with home care provided by wives of dependent elderly). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 2005.
- GOLDANI, A. M. Relações intergeracionais e reconstrução do Estado de bem-estar: por que se deve repensar essa relação para o Brasil? *In: CAMARANO, A. A. (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004, v. 1, p. 211-250.
- JACOBZONE, S. Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives. *Occasional Papers*, Paris: OECD, Labour Market and Social Policy, n. 38, p. 18, Apr. 1999.
- JACOBZONE S.; CAMBOIS, E.; ROBINE, J. Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing? *OECD Economic Studies*, Paris, n. 30, 2000/2001.

KARSCH, U. M. S. (Org.). *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: EDUC, 1998.

LLOYD-SHERLOCK, P. Ageing, development and social protection: generalizations, myths and stereotypes. In: LLOYD-SHERLOCK, P. (Org.). *Living longer: ageing, development and social protection*. London/New York: United Nations Research Institute for Social Development/Zed Books, 2004.

_____. *Population ageing and international development – from generalization to evidence*. United Kingdom: Policy Press, 2010.

MUISER, J.; CARRIN, G. *Financing long-term care programmes in health systems – with a situation assessment in selected high-middle and low-income countries*. WHO: Geneva, 2007 (Discussion Paper, n. 6).

OGAWA, N.; RETHERFORD, R. D.; SAITO, Y. *Care of the elderly and women's labour participation*. Seminar on Population Ageing in the Industrialized Countries: Challenges and Responses (versão revisada). Tokio, Japão, 19-21 Mar. 2001.

REDONDO, N.; LLOYD-SHERLOCK, P. *Institutional care for older people in developing countries: repressing rights or promoting autonomy? The case of Buenos Aires, Argentina*. The School of International Development, University of East Anglia, UK, 2009 (Working Paper, n. 13, DEV Working Paper Series).

SAAD, P. Arranjos domiciliares e transferências de apoio formal. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Org.). *Sabe*. Saúde, bem-estar e envelhecimento. O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, p. 185-200, 2003.

SOKOLOWSKY, J. Living arrangements of older persons and family support in less developed countries. *Population Bulletin of the United Nations – Special Issue*, p. 42-43, 2001.

A INSERÇÃO DOS CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO PARA IDOSOS NO ÂMBITO DOS SISTEMAS DE SEGURIDADE SOCIAL: EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

Maria Tereza de M. Pasinato
George E. M. Kornis

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento dos sistemas de seguridade social levou a uma melhoria das condições de vida de expressivas parcelas da população. Essas melhorias das condições de vida, em parte responsáveis pelo atual processo de envelhecimento populacional, têm sido acompanhadas nas últimas décadas por um expressivo aumento do contingente de idosos muito idosos, entre os quais se observa uma prevalência maior de doenças crônico-degenerativas, que podem ou não estar associadas a limitações ou dificuldades para a realização das atividades do cotidiano. Entre os idosos, o Mal de Alzheimer e as enfermidades demenciais são cada vez mais frequentes, ao mesmo tempo em que um número cada vez maior de indivíduos está convivendo com as consequências de doenças como diabetes, hipertensão e doenças respiratórias (OMS, 2008). De acordo com Jacobzone (1999), com base nos dados disponíveis para os países-membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), os indivíduos vivem em média entre dois e quatro anos dependentes de cuidados mais intensivos no fim de suas vidas.

Atualmente a maioria dos países, principalmente os desenvolvidos, em estágios mais avançados do processo de envelhecimento, se defronta com a questão sobre qual a melhor forma de prover os cuidados de longa duração demandados pelos idosos com dificuldades ou limitações para a realização das atividades da vida diária (AVD). A definição das capacidades individuais para a realização das AVDs, por sua vez, pode ser dividida entre os aspectos instrumentais e funcionais do cotidiano. O apoio instrumental diz respeito às AVDs, que envolvem preparar refeições, fazer compras, realizar tarefas domésticas leves, tarefas domésticas pe-

sadas e cuidar do próprio dinheiro. O apoio funcional representa a necessidade de auxílio para a realização das atividades mais básicas do cotidiano, como tomar banho, vestir-se, comer, deitar, sentar ou levantar, caminhar, sair de casa, e ir ao banheiro. A identificação de limitações para a realização das atividades entendidas como instrumentais implica a necessidade do apoio de terceiros para a manutenção de uma vida autônoma; já as limitações funcionais representam a perda concreta da independência desses idosos.

Como incorporar esse novo risco social – os cuidados de longa duração demandados pelos idosos com perda de autonomia e independência – aos sistemas de seguridade social é a principal questão a ser respondida atualmente pelos formuladores e gestores das políticas sociais. Idosos muito idosos demandam tanto cuidados pessoais quanto cuidados médicos propriamente ditos. Os cuidados de longa duração costumam situar-se na interseção entre as políticas de saúde e assistenciais, pois além de apresentarem algumas peculiaridades próprias a cada uma das áreas, são sutis as diferenciações existentes entre o curar e o cuidar (OMS, 2008). Além disso, de forma mais ampla, pode-se considerar que os programas voltados para os cuidadores apresentam importantes interfaces com a componente previdenciária dos sistemas. Dessa forma, políticas voltadas para os cuidados de longa duração impõem o afastamento das linhas de análise setoriais e fragmentadas das políticas que compõem a seguridade social e a retomada dos objetivos primários de construção de um arcabouço sistêmico com vistas à promoção do bem-estar para toda a sociedade.

Com esse pano de fundo o trabalho está organizado da seguinte forma: a primeira seção apresenta a introdução; a segunda, mostra os três modelos teóricos de sistemas de seguridade social presentes na tipologia proposta por Esping-Andersen (1990) – o liberal, o conservador e o social-democrata –, procurando ressaltar sua adequação (ou não) à incorporação das novas demandas por cuidados, impostas pelo envelhecimento da população; a terceira seção analisa o surgimento da demanda por cuidados de longa duração e as soluções adotadas no âmbito dos sistemas de seguridade social em três países desenvolvidos, selecionados de forma a abarcar os diferentes modelos teóricos analisados na primeira seção – os Estados Unidos, representando o modelo liberal, a Alemanha, correspondendo ao modelo conservador, e a Dinamarca, exemplificando o modelo social-democrata –; por fim, a quarta e última seção procura sintetizar, a partir da análise comparada das experiências dos países, os pontos fortes e as fragilidades das alternativas de política realizadas, salientando-se, sempre que possível, as especificidades dos modelos analisados.

Faz-se necessário ressaltar que a deliberada opção por não analisar os países em desenvolvimento se deve ao fato de essa questão se revestir de contornos ainda

mais complexos, pois a incorporação dessa nova e latente questão esbarra nos limites estruturais dos sistemas de seguridade social. Esses sistemas, geralmente, apresentam características híbridas que dificultam a análise conforme a tipologia adotada, refletindo, em grande medida, importantes questões vigentes nas sociedades – todavia não resolvidas –, tais como a pobreza e o alijamento do mercado de trabalho formal e, de forma mais ampla, de condições plenas de cidadania, de significativos contingentes populacionais. Para que se possa avançar no debate sobre os cuidados de longa duração voltados para uma população idosa crescente nesses países, é preciso rediscutir e redefinir, previamente, uma série de parâmetros de seus sistemas de seguridade social.

2 SISTEMAS DE SEGURIDADE SOCIAL: MODELOS TEÓRICOS

É sabido que o desenvolvimento dos sistemas de seguridade social capitaneados pelo Estado, associados com padrões de intervenção e cobertura distintos, possibilitou o avanço dos estudos comparativos no campo dos sistemas de seguridade social. Dessa forma, o interesse principal de sua análise é entender como a responsabilidade pela produção do bem-estar nas sociedades é alocada entre o Estado, o mercado e as famílias.

Foi pioneira a tipologia desenvolvida por Titmuss, em 1958, de acordo com a qual, seriam três as principais formas assumidas pelos Estados para a construção do bem-estar social: residual, corporativa e redistributiva (DRAIBE; RIESCO, 2006). Esping-Andersen (1990), ancorado em uma metodologia de análise comparativa para os países-membros da OCDE, avançou no desenvolvimento dessa tipologia com base no grau de desmercantilização dos bens e serviços sociais, ou seja, o grau em que os serviços são prestados como um direito e possibilitam a reprodução social fora do mercado (DRAIBE; RIESCO, 2006; ARTS; GELISSEN, 2007). A análise ressalta que o Estado de Bem-Estar Social deve ser entendido em si como um sistema de estratificação, pois consiste em uma força atuante para a ordenação das relações sociais, através da construção de mecanismos de solidariedade que envolvem a sociedade de forma geral.

Em seu trabalho de 1990, Esping-Andersen parte da premissa de que a garantia dos direitos sociais, como constante da formulação de Marshall é essencial para a construção do Estado de Bem-Estar Social. A opção pela adoção de um modelo de família constituído pelo homem provedor e a mulher cuidadora reflete a predominância histórica do sistema previdenciário enquanto eixo central dos regimes de bem-estar social, tendo sido o mesmo constituído com base no assalariamento/mercantilização da força de trabalho, o que não ocorreu com a atividade

do cuidar. Em textos mais recentes, Esping-Andersen incorpora também algumas das críticas elaboradas por vários autores ao seu trabalho de 1990 no que se refere à questão da família e introduz o conceito de desfamiliarização, o qual consiste na redução da dependência dos indivíduos em relação ao apoio provido pela família (ESPING-ANDERSEN *et al.*, 2002).

O desenvolvimento de tipologias específicas para o entendimento da questão dos cuidados, mais preocupadas com variáveis tais como a diferenciação entre as políticas sociais voltadas para a prestação de serviços e as voltadas para a transferência de renda e a participação da mulher no mercado de trabalho, não resultou em modelos tão divergentes dos propostos por Esping-Andersen (1990). Doyle e Timonen (2007, p. 4) após uma breve resenha sobre as tipologias propostas por Kohl, Alber, Anttonen e Sipilä e Timonen concluem:

It is, of course, slightly ironic that efforts to develop a social care classification, which started with a critique of the three worlds of welfare capitalism, have to date produced classifications that are not entirely dissimilar from that developed by Esping-Andersen (...). Despite the fact that different variables are used, the resulting framework is astonishingly similar to Esping-Andersen's classification: surprisingly little has been made of this similarity in the literature.

Dessa forma, a utilização dos três modelos – o liberal, marcado pela participação mais incisiva do mercado; o social-democrata, identificado com a prestação direta de serviços públicos universais; e o conservador, apoiado na utilização de mecanismos de seguro – faz da tipologia clássica de Esping-Andersen, se não a mais adequada, pelo menos a mais facilmente reconhecida no discurso acadêmico para identificação de alternativas para o suprimento das novas demandas sociais de que trata o presente trabalho. Sua utilização possibilita a incorporação das mudanças na estrutura etária da população e das novas modalidades de arranjos familiares e suas consequências em termos de riscos sociais a serem enfrentados ao longo do ciclo de vida.

O quadro 1 apresenta, de forma bastante simplificada, algumas das principais características dos três regimes de bem-estar social propostos por Esping-Andersen (1990).

QUADRO 1

Aspectos selecionados dos regimes de bem-estar social

	Liberal	Social-democrata	Conservador
Papel de			
Família	Residual	Residual	Central
Mercado	Central	Residual	Residual
Estado	Residual	Central	Subsidiário
Modo de solidariedade	Individual	Universal	Parentesco, corporativismo e clientelismo
Lócus de solidariedade	Mercado	Estado	Família
Grau de desmercantilização	Mínimo	Máximo	Médio (baseado na família constituída pelo homem provedor e mulher cuidadora)
Grau de desfamiliarização	Mínimo	Máximo	Mínimo (a família é entendida como a principal instância de solidariedade social)
Exemplo	Estados Unidos	Dinamarca ¹	Alemanha

Fonte: Adaptado de Esping-Andersen (1999, p. 85).

Nota: ¹A referência à Dinamarca como exemplo de regime de bem-estar social-democrata, neste caso, deve a sua atuação pioneira e a uma ampla cobertura dos serviços prestados pelo Estado para a promoção da desfamiliarização e proteção aos idosos (objeto da tese).

3 A EXPERIÊNCIA DOS PAÍSES

Nesta seção procura-se analisar a questão dos cuidados de longa duração dos idosos no que se refere a sua alocação frente à demanda potencial, organização dos serviços prestados e forma de inserção da política no âmbito dos sistemas de seguridade social. Para tanto, serão analisados os casos de três países representantes dos três modelos idealizados por Esping-Andersen, a saber: Estados Unidos, exemplificando regimes de bem-estar social de cunho liberal; Alemanha, exemplificando as políticas adotadas em países com tradição securitária com regimes de bem-estar social classificados como conservadores; e Dinamarca, exemplificando as políticas adotadas em regimes de bem-estar social do tipo social-democrata.

Enquanto a classificação dos regimes de bem-estar (sistemas de seguridade social) no que tange aos programas já estabelecidos no contexto dos sistemas de seguridade social parece funcionar bem, pouco pode ser dito em relação à prestação de serviços relacionados à atividade de cuidar. Isso se deve à maior complexidade da área e à pouca disponibilidade de informação sobre quem, como, quando, onde e quanto da demanda por cuidados de longa duração é provido. Mesmo que se desconsidere a grande interrogação presente na prestação de cuidados informais, a prestação dos cuidados formais tende a apresentar uma miríade de nuances, uma vez que os mesmos funcionam, normalmente, de forma descentralizada e envolvem uma imensa gama de modalidades alternativas de cuidados. A tipologia aqui adotada restringe-se, dessa forma, à sinalização de tendências na articulação entre os principais pilares envolvidos na questão: famílias, Estado e mercado.

3.1 O modelo liberal: Estados Unidos

O modelo liberal caracteriza-se pelas transferências universais básicas, pelas políticas assistenciais residuais e focalizadas e sistemas previdenciários com previsão de modesta reposição de renda. Isso se deve ao fato de o modelo ter sido edificado com base em normas éticas do trabalho de cunho liberal, que estabelecem que os limites do Estado de Bem-Estar Social devem ser dados pela propensão marginal dos indivíduos de optarem entre os benefícios concedidos e a participação no mercado de trabalho. Consequentemente, esse modelo promove o mínimo em termos de desmercantilização e desfamiliarização das relações sociais, além de construir uma estrutura de estratificação social caracterizada pela relativa equidade entre os beneficiários, geralmente carentes de renda, e as diferenciações promovidas pelo mercado entre a população de forma ampla. Os Estados Unidos representam o típico exemplo desse modelo. Seu sistema pode ser considerado extremamente residual em função da ausência de um sistema nacional de saúde voltado para a totalidade da população – atendimento aos riscos de doença, maternidade e serviços endereçados para as necessidades das famílias.

Atualmente a população dos Estados Unidos é estimada em 300 milhões de habitantes, dos quais 13% têm 65 anos ou mais de idade e 3,5% têm 80 anos ou mais de idade. A menor participação relativa dos idosos na população norte-americana, *vis-à-vis* os demais países analisados, como será visto, deve-se, sobretudo, a taxas de fecundidade superiores, pois apesar de estas terem apresentado valores pouco inferiores às taxas de reposição da população por volta da década de 1980, reverteram à tendência declinante nos últimos anos e se mantêm próximas às taxas de reposição.

A forte presença da ideologia liberal nos Estados Unidos pode ser entendida como um dos principais fatores para o sistema de seguridade social, capitaneado pelo Estado da principal potência econômica do século XX, ter sido um dos últimos a serem criados entre os países industrializados. Suas primeiras iniciativas são posteriores à grande crise de 1929, quando a economia americana atravessou um longo período de recessão. Dentro do regime político federativo, iniciativas pioneiras se deram de forma isolada em alguns estados confederados, nas décadas de 1920 e 1930. No entanto, o primeiro passo em direção a um sistema unificado foi dado apenas em 1934, com a instituição de um comitê (Committee on Economic Security) com o objetivo de criar um plano de seguridade social de abrangência nacional. Com a promulgação da Lei de Seguridade Social – Social Security Act (SSA) –, em 1935, foram criados oficialmente os dois primeiros programas do sistema de seguridade social norte-americano: o seguro-desemprego e a aposen-

tadoria por idade – Old Age Benefits (OA). Esses programas entraram em vigor em janeiro de 1937. Ao longo dos anos subsequentes, o sistema foi gradualmente ampliado. Inicialmente, o programa de aposentadoria por idade foi reformulado e sua cobertura estendida aos dependentes em caso de morte do segurado – passando a denominar-se Old Age and Survivors Insurance (OASI). Em 1956 foi criada a aposentadoria por invalidez – Security Disability Insurance (DI) – endereçada aos segurados que por motivos de doença ou invalidez perdessem sua capacidade de trabalho. Com isso, o sistema ou conjunto de programas expandido passou a ser conhecido como OASDI, tendo incorporado, inclusive, os trabalhadores rurais e autônomos – Social Security Administration (SSA), *on line*.

Para ter direito à aposentadoria por idade o trabalhador deve contar com dez anos de contribuição registrados. Existe ainda a aposentadoria antecipada aos 62 anos de idade, com redução de 20% das prestações para aqueles que se aposentarem até 2022, e de 30% para os que se aposentarem após essa data. Até 1983 a idade mínima para a obtenção da aposentadoria plena do OASDI era de 65 anos, mas em função da pressão demográfica, foram adotadas medidas (como a reforma de 1983) no sentido de aumentar a idade de aposentadoria. De acordo com o atual estatuto, os segurados nascidos antes de 1938 (que atingiram a idade de 65 anos antes de 2003) poderiam ainda se aposentar com rendimentos totais àquela idade. Mas para os nascidos após 1938, a idade mínima para aposentadoria é crescente, chegando até 67 anos para os nascidos após 1960. Atualmente a idade mínima para o requerimento das aposentadorias é de 66 anos (SSA, *on line*).

No que concerne à assistência a saúde, foram criados em 1965 os programas Medicare, voltado para a população idosa, portadora de deficiência e doentes renais terminais, e Medicaid, para a população pobre em condição de maior vulnerabilidade – idosos, portadores de deficiência, mulheres grávidas e crianças dependentes. O Medicare consiste em um programa de seguro de saúde composto, inicialmente, por duas partes: parte “A”, cuja filiação é obrigatória, referente ao seguro de internação hospitalar – Hospital Insurance (HI) – e parte “B” voltada para o pagamento de serviços médicos, cuidados ambulatoriais e outros serviços não cobertos pela parte A – Supplemental Medical Insurance (SMI) – de natureza opcional. Atualmente o Medicare conta com outras duas partes. A parte “C” que é composta por programas diferenciados prestados por seguradores privados, enquanto a parte “D” é voltada para a compra subsidiada de medicamentos – Prescription Drug Plan – acessível apenas para segurados com renda limitada a US\$ 10 mil (BATISTA *et al.*, 2008).

Para o combate à pobreza, foi criado, em 1972, o Supplemental Security Income (SSI) com o objetivo de assegurar a idosos e portadores de deficiência o acesso a transferências de renda. Esse programa também atende a outros segmentos populacionais em condição de pobreza. Dessa forma, na década de 1970 o sistema público de seguridade social norte-americano atinge sua atual estrutura: aposentadorias por idade e invalidez e pensão por morte – OASDI; assistência médica para idosos – Medicare; assistência médica de caráter assistencial para os não segurados em condição de pobreza – Medicaid; e, uma renda assistencial para a população carente – SSI.

Nos Estados Unidos é observada uma ampla participação do setor privado na provisão de programas previdenciários e de assistência à saúde. No campo previdenciário, para os trabalhadores com renda mais alta, a manutenção de um poder aquisitivo elevado após a aposentadoria requer uma complementação dos benefícios pagos pelo OASDI. Para tanto, coexistem no mercado inúmeras entidades fechadas e abertas. No campo dos serviços de atenção à saúde, por sua vez, os seguros de saúde privados convivem com a provisão dos serviços públicos de saúde para os grupos sociais mais vulneráveis, para os quais as falhas de mercado são mais exacerbadas, como já mencionado.

3.1.1 Políticas voltadas para os cuidados de longa duração dos idosos

Em 1965, ano em que foram criados o Medicare e o Medicaid, foi também aprovado um ordenamento legal bastante avançado para a época: o Estatuto do Idoso – Older Americans Act (OAA). Seus objetivos são elencados abaixo:

- 1) Uma renda na aposentadoria adequada ao padrão de vida norte-americano.
- 2) As melhores práticas nas áreas de saúde física e mental que a ciência pode oferecer independentemente do *status* econômico dos indivíduos.
- 3) Habitações apropriadas, projetadas e localizadas de forma a atender às necessidades especiais dos idosos, disponíveis a custos que os mesmos possam arcar.
- 4) Serviços de reabilitação para aqueles que exigem o cuidado institucional.
- 5) Oportunidades de emprego sem práticas discriminatórias por causa da idade.
- 6) A aposentadoria dos idosos, após anos de contribuição para a economia, deve se dar com saúde, honra e dignidade.
- 7) Promoção de atividades cívicas, culturais e recreativas.

- 8) Serviços comunitários eficientes capazes de contribuir para o provimento da assistência social de maneira coordenada e disponível quando necessário.
- 9) Desenvolvimento de pesquisas com benefícios capazes de proporcionar manutenção ou aumento do bem-estar dos idosos.
- 10) Liberdade, independência e o livre exercício das iniciativas individuais para o planejamento e gerenciamento da própria vida (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 1965).

Para a consecução de seus objetivos, o OAA contava com a criação de uma instituição especialmente voltada para a questão do envelhecimento – Administration on Aging (AoA) – no âmbito federal do Departamento de Saúde e Serviços Sociais e suas congêneres nos estados e administrações locais. A estrutura organizacional proposta a partir do OAA e de seus adendos atuou como um mecanismo catalisador para o desenvolvimento e melhoria da organização, coordenação e prestação dos serviços à população idosa demandante, sendo considerada um marcador de divisas na atuação do Estado. As agências são responsáveis por planejar, desenvolver e coordenar uma ampla gama de serviços. Atualmente a rede de serviços voltados para os idosos no escopo dos serviços propostos pelo OAA compreende 56 agências estaduais, 655 agências regionais, 235 voltadas para o atendimento da população idosa indígena, e mais de 30 mil agências locais (O'SHAUGHNESSY, 2008).

A referida legislação, no entanto, não previa o atendimento de todas as necessidades dos idosos em seu escopo, pois com os recursos disponibilizados se pretendia alavancar outros recursos tanto no âmbito do Estado (em todas as suas esferas e áreas de políticas) quanto da sociedade civil. Apenas uma pequena proporção dos idosos recebe serviços diretamente custeados a partir de recursos previstos pelo OAA. Além disso, apesar de os serviços previstos pelo OAA serem voltados teoricamente para todos os idosos que os demandem, a lei estabelece que esses serviços devam ser focalizados nos segmentos com maiores necessidades econômicas (população abaixo da linha de pobreza) e sociais (relacionadas com questões raciais ou maior dependência para a realização das AVDs). As ações previstas englobam quatro principais áreas programáticas, a saber (O'SHAUGHNESSY, 2008):

- 1) Serviços de apoio – voltados para a promoção e manutenção da independência dos idosos em seus próprios lares e comunidades. Variam desde serviços de transporte e prestação de informação sobre os direitos dos idosos até a provisão, marginal, de alguns serviços voltados para os cuidados de longa duração dos idosos, tais como cuidados pessoais e centros de convivência.

- 2) Programas nutricionais – voltados para o combate à fome e à insegurança alimentar entre os idosos. Contam com duas principais modalidades: *congregate meals*, voltado para idosos com capacidade de mobilidade, através de associações civis (centros de convivência, igrejas etc.) e o *home-delivered meals*, voltado para idosos em condição de maior vulnerabilidade com perda de autonomia e independência. Consomem aproximadamente 40% dos recursos do OAA.
- 3) Programas voltados para os cuidadores familiares informais – National Family Caregiver Support Program (NFCSP) – proveem serviços de informação sobre as atividades disponíveis, assistência aos cuidadores para obtenção dos serviços de apoio, organização de grupos de apoio aos cuidadores, treinamento, serviços voltados para o descanso dos cuidadores (*respite services*) e adaptação das residências às necessidades dos idosos. Sua capacidade de atendimento, no entanto, é bastante limitada, correspondendo a aproximadamente 7,6% do total de cuidadores de idosos. Uma pesquisa realizada com os beneficiários do programa, em 2004, mostrou que os cuidadores atendidos também se encontravam em situação de potencial vulnerabilidade, pois a maioria prestava os cuidados há mais de três anos e 77% deles tinham 75 anos ou mais de idade.
- 4) Programas de saúde preventivos – envolvem uma infinita variedade de serviços que englobam campanhas de vacinação, programas de condicionamento físico, medidas voltadas para a informação sobre doenças crônicas e seu controle.

Os cuidados de longa duração voltados para a população idosa com limitações para a realização das AVDs que impliquem perda de autonomia e independência são prestados no âmbito das ações na área da saúde. No entanto, a ideologia liberal reinante no sistema de proteção social norte-americano caracteriza-se pelo baixo provisionamento dos serviços sociais públicos, inclusive no que se refere aos cuidados de longa duração dos idosos. Se, por um lado, o Medicare não cobre os riscos de tratamentos domiciliares prolongados, pois as opções disponíveis são bastante restritivas, por outro lado, o Medicaid, que atende aos idosos de baixa renda, prevê o pagamento por alguns serviços domiciliares e a possibilidade de institucionalização do idoso, sujeitos a testes de renda e em padrões de qualidade bastante modestos. Isso sugeriria, especificamente no caso dos cuidados de longa duração, que grande parte das demandas é provida pelo setor privado. Este realmente oferece uma infinita gama de opções e modalidades, no entanto, a proteção preventiva da população norte-americana em relação aos riscos de dependência na idade avançada ainda é pequena. De acordo com Campbell e Morgan (2005)

menos de 6% da população com mais de 45 anos está protegida formalmente por contratos de seguro de longa duração firmados com seguradoras privadas.

Os cuidados de longa duração com cobertura prevista pelo Medicare referem-se aos estritamente relacionados a questões de saúde, tais como assistência de enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional necessários, normalmente, em períodos pós-operatórios e tratamentos de saúde intensivos, cuja internação resulte desnecessária e o tratamento se dê por um período máximo de 100 dias a partir de um período de internação mínimo de 3 dias. Em alguns casos são previstos os serviços voltados para os cuidados pessoais dos idosos, mas apenas quando sua prestação está associada à condição médica geradora. Isso decorre de seu próprio perfil de construção, baseado em um arcabouço securitário. Como alguns casos preveem o copagamento pelos serviços, alguns idosos contratam os chamados Medigaps, que correspondem a seguros de saúde suplementares desenhados especificamente para a cobertura do reembolso e suprimento das lacunas dos cuidados de saúde mais agudos. Sua utilização é estritamente vinculada com a cobertura oferecida pelo Medicare, uma vez que suas apólices não cobrem serviços não previstos e autorizados pelo mesmo.

O Medicaid, por sua vez, em função de suas características assistenciais, funciona com base em políticas e programas administrados de forma descentralizada, contando com diretrizes gerais ditadas em nível federal. De acordo com O'Shaughnessy (2008), nas décadas de 1970 e 1980 ficou claro para as agências estaduais (tanto no âmbito do Medicaid quanto da AoA) que os serviços voltados para o cuidado continuado dos idosos vulneráveis, como previsto pelo OAA praticamente não existiam e que os custos com a institucionalização dos idosos era crescente. Além disso, datam dessa época as críticas à institucionalização dos indivíduos dependentes. A convergência desses aspectos resultou em uma atenção maior, por parte dos formuladores e gestores das políticas às alternativas voltadas para os cuidados domiciliares de longa duração. Existem, atualmente, três tipos de programas domiciliares voltados para os cuidados de longa duração dos idosos empreendidos pelo Medicaid: os programas de saúde; os programas alternativos à institucionalização (*waiver programmes*) e os programas de cuidados pessoais. No caso dos programas de saúde, os estados são obrigados a prover serviços de saúde domiciliares por curtos períodos, desde a década de 1970, para indivíduos com necessidades que incluam desde serviços de enfermagem profissional, acompanhamento médico, até suprimentos e equipamentos médicos específicos para o uso domiciliar. É necessário ressaltar que esse tipo de serviço é disponibilizado apenas nos casos em que é requerida a presença do profissional de enfermagem em tempo integral e dura geralmente entre quatro e seis semanas; em uma tentativa de associação estrita com o tratamento específico dos indivíduos com problemas de saúde.

Os programas alternativos à institucionalização, por sua vez, foram criados em 1981 e possibilitam aos estados a isenção do cumprimento de algumas normas e requerimentos próprios do Medicaid e a criação de programas baseados em serviços comunitários. Nesses programas, como os estados podem decidir quem e quantas pessoas serão atendidas desde que o custo de cada indivíduo atendido seja inferior ao correspondente gasto em caso de institucionalização, existe muita diversidade entre os serviços ofertados de acordo com a administração local. De acordo com Doyle e Timonen (2007), houve uma expressiva expansão desses programas nos últimos anos. Enquanto no começo da década de 2000 apenas seis estados desenvolviam programas do gênero, atualmente, praticamente a totalidade dos estados norte-americanos conta com esses programas.

Os programas voltados para os cuidados pessoais empreendidos pelos estados contam com o maior grau de flexibilidade administrativa entre as três modalidades de cuidados domiciliares existentes. Atualmente 32 estados contam com essa modalidade que foi criada ainda em meados da década de 1970. Cada município oferece serviços voltados para os cuidados de longa duração dos idosos norte-americanos que variam quanto à amplitude do próprio serviço e a cobertura da população. Nesses programas, os órgãos públicos locais, voltados para o atendimento dos idosos, recebem fundos do governo federal, determinados pelo OAA, como forma de assegurar a disponibilidade dos serviços comunitários para os indivíduos com maiores carências socioeconômicas. Os serviços prestados incluem desde os afazeres domésticos até a provisão de centros-dia, e serviços de transporte.

Apesar da existência de normas relativamente uniformes para o pagamento de benefícios via Medicare e Medicaid, a operacionalização das políticas e programas voltados para o cuidado de longa duração dos idosos difere entre os vários estados federados (DOYLE; TIMONEN, 2007). Por lei, as três instâncias de poder público (federal, estadual e municipal) são responsáveis por cuidar dos indivíduos portadores de deficiência e idosos de forma a lhes assegurar sua autossuficiência, sua independência e inclusão social. Nesse sentido a interpretação vigente (a partir de uma decisão da Suprema Corte de 1999) de um dos marcos legais do setor (o Americans with Disability Act) é de que os indivíduos não podem ser discriminados em função de suas deficiências e que os mesmos devem ser cuidados prioritariamente em suas comunidades em detrimento do cuidado em instituições. Estima-se em 6% a população idosa norte-americana institucionalizada (UNITED SENIORS HEALTH COUNCIL, 2002). Em termos práticos isso representa um esforço político do governo central em direção à desinstitucionalização das políticas e programas voltados para o cuidado de idosos e portadores de deficiência em condição de dependência. No entanto, o poder discricionário dos estados e

administrações locais faz com que persistam várias disparidades no cuidado prestado entre os estados e que, de forma geral, o gasto com institucionalização dos idosos ainda predomine em relação aos gastos com os cuidados domiciliares (DOYLE; TIMONEN, 2007).

3.2 O modelo conservador: Alemanha

No modelo conservador a preocupação com a eficiência do mercado, a mercantilização das relações sociais, assim como a garantia dos direitos sociais não são tão acentuadas. Esse modelo foi erigido com base em um Estado plenamente capaz de substituir o mercado enquanto provedor de bem-estar. Quaisquer efeitos redistributivos associados à solidariedade intrínseca dos Estados de Bem-Estar podem ser considerados negligenciáveis, pois o modelo apenas reflete a estratificação presente na sociedade. Apesar de o mercado assumir uma posição marginal para a geração do bem-estar, promovendo com isso algum grau de desmercantilização, no modelo corporativo o Estado assume claramente um papel subsidiário ao papel da família para a promoção do bem-estar, ou seja, o Estado só é instado a interferir nos casos em que a família não consegue arcar com seu próprio bem-estar. Para tanto, o modelo se baseia na família típica formada pelo homem, responsável pela manutenção (principalmente em termos de renda) de seus membros, e pela mulher, responsável pelos cuidados domésticos.

Um dos principais exemplos ao qual se pode associar este modelo é a Alemanha. Com uma população de aproximadamente 83 milhões de habitantes, a Alemanha é atualmente o país mais populoso da União Europeia e um dos mais envelhecidos também. Sua população idosa corresponde a aproximadamente 16% do total da população, o que equivale a um contingente de aproximadamente 13 milhões de idosos. A tônica do sistema é dada pelo papel central que ocupam as políticas previdenciárias, complementadas por políticas residuais voltadas para os segmentos de inclusão mais precária no mercado de trabalho. Com isso, uma parte significativa da atenção à saúde e dos serviços assistenciais, nos países optantes por esse modelo, ainda que não seja provida pelo Estado, é desenvolvida por setores não lucrativos da economia, de forma voluntária e, em muitos casos, associados à Igreja, tais como a atuação da Caritas (ligada à Igreja Católica na Alemanha).

Observa-se, dessa forma, uma certa nuance residualista nas políticas constantes dos sistemas conservadores, a exemplo do observado entre os sistemas liberais, porém as características desse residualismo diferem quanto a sua essência. Enquanto nos sistemas liberais o Estado se encarrega de assumir apenas os riscos sociais que não puderam ser absorvidos pelo mercado em função das falhas de mercado, o

residualismo conservador atua no sentido de tentar responder às falhas ocorridas no âmbito da família, o que pode ser entendido como uma baixa capacidade de resposta dos sistemas conservadores às demandas por mecanismos capazes de promover a desfamiliarização das relações sociais.

Isso se deve, pelo menos em parte, à própria evolução histórica do sistema de seguridade social alemão e, mais especificamente, da previdência social. A previdência social constitui parte do amplo sistema de seguridade social alemão e se caracteriza por ter sido a primeira iniciativa institucional estatal em proteção ao trabalhador já empreendida no mundo. As primeiras leis datam da década de 1880 quando o chanceler Otto von Bismark introduziu o que, para a época, viria a ser um avançado estatuto social: seguro-saúde para os trabalhadores (1881); seguro acidentes do trabalho (1884); aposentadorias por idade e invalidez (1889).

Após a Segunda Guerra Mundial, o sistema foi substancialmente ampliado. Atualmente vigora, na Alemanha, um sistema de seguridade social composto por cinco programas principais, baseados no arcabouço securitário: previdência ou seguro social, seguro-desemprego, seguro-saúde, seguro para cuidados de longa duração e seguro acidentes do trabalho. Todos os programas são cofinanciados pelos trabalhadores e empregadores, sendo a alíquota de contribuição idêntica para ambos em todos os programas, à exceção do seguro acidentes do trabalho que é integralmente financiado pelos empregadores. Atualmente essas alíquotas correspondem a: 19,5% sobre o salário de contribuição para a previdência social, 6,5% para o seguro-desemprego, 13,7% para o seguro-saúde e 1,7% para os cuidados de longa duração.

A previdência social, carro-chefe do sistema de seguridade social, consiste em um programa composto por três pilares. Sua função é fazer com que os assalariados, após o afastamento da vida ativa, seja por idade ou invalidez, estejam cobertos por um seguro que lhes garanta a manutenção de um padrão de vida adequado. O primeiro pilar previdenciário é compulsório, estatal, e funciona em regime de repartição com benefícios definidos e taxa de reposição próxima a 50% do salário de contribuição. O segundo pilar diz respeito aos fundos de pensão, com base nas empresas patrocinadoras. O terceiro pilar pode ser entendido como um regime previdenciário voluntário e suplementar, com diferentes alternativas de composição da poupança privada previdenciária. A previdência social básica, ou primeiro pilar previdenciário, oferecida pelo Estado, é um dos sustentáculos da política social na Alemanha; seus gastos representam mais de 10% do Produto Interno Bruto (PIB), com uma cobertura de aproximadamente 90% da população economicamente ativa (PEA). Apenas os autônomos e os trabalhadores com renda inferior ao salário mínimo (SM) não são obrigados a contribuir.

O sistema de saúde alemão faz parte de um pacote de medidas com vistas à promoção de um amplo sistema compulsório de seguridade social. Este foi inicialmente estruturado tendo por objetivo a proteção dos trabalhadores da indústria e paulatinamente incorporando as demais categorias profissionais ao longo do século XX. Os indivíduos com uma renda mensal inferior a determinado patamar são obrigados a participar de uma instituição pública ou seguro-saúde estatal. Para os indivíduos com renda acima desse patamar existe a opção de filiação junto a uma instituição privada.

Um dos fatores de crescentes preocupações por parte dos formuladores de políticas públicas nas últimas décadas foram os crescentes gastos com saúde. Entre 1970 e 2000, os gastos com saúde na Alemanha passaram de 6,4% para mais de 10% do Produto Nacional Bruto (PNB). A prestação de serviços de saúde aos idosos talvez seja o item que inspire maiores preocupações entre os formuladores de políticas, dados os crescentes gastos com assistência aos idosos como fração dos gastos com totais com saúde, aproximadamente um terço do total de gastos com saúde.

3.2.1 Políticas voltadas para o cuidado de longa duração dos idosos

Políticas voltadas para os cuidados de longa duração na Alemanha, até a década de 1990, eram executadas de forma pouco articulada por meio das áreas de saúde e assistência social. À assistência social cabia o amparo aos idosos em condição de maior vulnerabilidade, que não possuísssem condições de viver de forma autônoma e independente em seus próprios lares e não contassem com a possibilidade de cuidados familiares. Os serviços de saúde, por sua vez, responsabilizavam-se estritamente pelos cuidados de saúde, excluindo-se com isso os casos de dependência funcional. De acordo com o direito social alemão, indivíduos doentes são passíveis de tratamento e recuperação, enquanto a condição de dependência dos indivíduos é irreversível, não contando com a possibilidade de cura.

Apenas em 1988, com a aprovação de um ajuste à lei de atenção à saúde, foram incorporadas ao sistema de seguridade social alemão as primeiras disposições com o objetivo explícito de abarcar os riscos de dependência associados aos cuidados de longa duração. A referida lei outorgou a um pequeno número de segurados dos planos de saúde o direito aos cuidados de longa duração em casos de dependência grave, porém compatível com a prestação dos cuidados em bases domiciliares. A aprovação da medida se deveu à disputa jurídica empreendida pelos prestadores de assistência à saúde sobre a necessidade de distinção entre doença e dependência, pois os mesmos se recusavam a arcar com os custos relativos aos

cuidados de longa duração. Com o aumento do número de idosos, em especial dos muito idosos (com mais de 80 anos de idade) com problemas crônicos de saúde se tornou difícil a dissociação entre doença e dependência. De acordo com Schneider (1999) as dificuldades para o estabelecimento das competências entre o que se refere a gastos com saúde e gastos com cuidados de longa duração constituíram um dos principais desafios à criação do seguro voltado para os cuidados de longa duração na Alemanha.

Com essa perspectiva, em 1994, foram excluídos do sistema de saúde os gastos com o tratamento de longa duração dos idosos, com a concomitante incorporação do quinto pilar ao sistema de seguridade social alemão, um seguro voltado exclusivamente para os cuidados de longa duração – Pflegeversicherung (SCLD). Até a adoção do SCLD, o cuidado dispensado aos idosos dependentes era prestado principalmente pela família, através da prestação direta de serviços não remunerados ou contratação via mercado dos mesmos. Na ausência de disponibilidade familiar financeira, física ou emocional, os demandantes de cuidados eram assistidos por programas empreendidos pelas administrações locais, sujeitos a testes de pobreza (carência de renda).

Schneider (1999) ressalta a importância do princípio da subsidiariedade da atuação estatal, baseado na ética católica romana incorporada ao direito social alemão. De acordo com esse princípio o bem-estar de uma pessoa é prioritariamente de sua própria responsabilidade, na sua ausência passa a ser de responsabilidade da família, do apoio comunitário para, apenas em última instância, tornar-se uma questão a ser enfrentada pelo poder público. Em finais da década de 1980, praticamente a totalidade dos idosos asilados eram beneficiários dos programas assistenciais locais (CUELLAR; WIENER, 2000). Pode-se dizer que, na Alemanha, tradicionalmente a questão dos cuidados esteve associada a clivagens socioeconômicas: por um lado os mais pobres, quando necessário e no limite da capacidade familiar, podiam contar com limitados serviços de institucionalização; por outro lado, os idosos com melhores condições socioeconômicas podiam contratar cuidadores profissionais e, com isso, evitar a institucionalização. Dalinger (2002) apresenta dados segundo os quais enquanto aproximadamente 10% dos idosos com mais de 75 anos pertencentes às classes sociais baixas e médias de renda utilizavam cuidados institucionais, essa fração não alcançava 0,2% dos idosos pertencentes à classe alta.

A introdução do SCLD em 1994 sucedeu a uma década de atuação pífia do setor privado na provisão de seguros voltados para os cuidados de longa duração. Schneider (1999) ressalta que entre o início da década de 1980, quando foram oferecidos pelo mercado os primeiros seguros voltados para a cobertura do risco

de dependência, e 1994, quando da introdução do seguro compulsório estatal, apenas 315 mil pessoas adquiriram os referidos seguros. Para se ter uma noção da baixa capacidade de penetração do novo produto basta compará-lo com o número de potenciais clientes em meados da década de 1990 – 22,6 milhões de indivíduos com mais de 55 anos; o que, em parte, justifica a compulsoriedade do novo seguro (SCLD).

A adoção de um seguro compulsório público voltado para os cuidados de longa duração na Alemanha está associada ao entendimento da existência de algumas falhas de mercado. Pelo lado das seguradoras têm-se questões como as incertezas demográficas (por exemplo, avanços na área médica e tecnológica que possibilitem expressivos aumentos da expectativa de vida), a assimetria de informação (os indivíduos podem omitir informações sobre problemas de saúde progressivos) e os problemas decorrentes da seleção adversa (provavelmente os indivíduos com maiores riscos serão os principais demandantes). Pelo lado dos indivíduos as resistências por adquirir um seguro que os proteja contra os riscos da dependência podem estar correlacionadas com a imprudência associada ao desconhecimento de seus reais riscos; a preferência pelo consumo presente em detrimento ao consumo futuro; a opção implícita pela assistência familiar prestada informalmente; um *trade-off* entre o custo benefício das apólices oferecidas, pois apólices com preços mais modestos podem implicar o uso das cestas de benefícios pouco atrativas, ao mesmo tempo em que cestas de benefícios amplas podem significar o pagamento de apólices extremamente caras; a insuficiência de renda para arcar com os custos deste seguro por grande parte dos potenciais demandantes e, por fim, a garantia de que em último caso serão amparados pelas políticas assistenciais.

O SCLD implementado em 1994 provê uma ampla gama de serviços voltados para os cuidados de longa duração para toda a população alemã, independentemente da idade. No entanto, em 2003, passados dez anos de sua implementação, a clientela atendida era constituída prioritariamente por idosos com idade mais avançada; 78% do total de beneficiários tinham 65 anos ou mais de idade, sendo que aproximadamente a metade destes tinha 80 anos ou mais. O programa é cofinanciado, como já mencionado, a exemplo dos demais programas constantes, pelos empregados e empregadores através de uma alíquota de 1,7% sobre os salários. No entanto, uma especificidade do novo seguro refere-se à compensação das potenciais perdas incorridas pelos empregadores através do cancelamento de um feriado nacional.

A aprovação do novo programa estendeu os serviços voltados para os cuidados de longa duração a todos aqueles que necessitem de alguma assistência para

a execução das AVDs, por no mínimo seis meses, em razão de uma incapacidade ou de doenças físicas ou mentais. A avaliação das condições dos demandantes e extensão das necessidades de tratamento é de responsabilidade dos seguros-saúde aos quais os indivíduos estão vinculados. São previstas três modalidades de serviços a serem prestados em função do nível de incapacidade dos demandantes. Estes obedecem à seguinte classificação, segundo o grau de dificuldade para a realização das atividades cotidianas:

- baixo – correspondente aos indivíduos que apresentam duas ou mais limitações funcionais para a execução das AVDs requerendo assistência dos cuidadores pelo menos uma vez ao dia e também demandam ajuda para a execução das atividades instrumentais da vida diária (AIVD);
- médio – corresponde aos indivíduos que apresentam duas ou mais limitações para a execução das AVDs e demandam assistência pelo menos três vezes ao dia, além de ajuda para a execução das AIVDs;
- alto – corresponde aos indivíduos que apresentam duas ou mais limitações para a execução das AVDs e demandam cuidados intensivos dia e noite.

A adoção de critérios de elegibilidade para os benefícios vinculados à intensidade com que os indivíduos demandam apoio para a realização das atividades cotidianas pode ser entendida como míope, pois ignora as potencialidades de ações preventivas que poderiam estabilizar quadros de perdas progressivas da capacidade funcional dos indivíduos, geralmente associados a problemas cognitivos e enfermidades demenciais. Como salientado por Schneider (1999), os limites e restrições ao apoio quando do início das disfuncionalidades pode implicar institucionalizações súbitas e prematuras, com elevados custos sociais e individuais. Em 2001, mudanças na legislação possibilitaram o recebimento de novos benefícios para indivíduos com problemas cognitivos, no entanto o montante dos benefícios ainda é bastante baixo, considerando-se, inclusive, a necessidade de monitoramento constante desses indivíduos.

Os cuidados podem ser prestados nos próprios domicílios dos indivíduos dependentes ou em instituições de longa permanência. Quando o apoio é prestado domiciliarmente os indivíduos podem optar por benefícios em dinheiro ou serviços, também sendo possível a combinação de ambos; no caso de idosos institucionalizados a opção pelo recebimento de benefícios em dinheiro não existe. O valor dos benefícios depende do grau de dificuldade para a realização das atividades do cotidiano, sendo os benefícios em dinheiro sempre correspondentes a valores inferiores ao serviço equivalente (aproximadamente a metade). O apoio

para a realização das AIVDs é prestado apenas quando associado aos cuidados para a realização das atividades funcionais (vestir-se, banhar-se, alimentar-se etc.). Também se percebe na Alemanha a preocupação com os prestadores de cuidados (familiares ou não). Estes contam com o reconhecimento, por parte do Estado, da prestação dos cuidados para fins previdenciários. As contribuições previdenciárias são previstas para os cuidadores que dedicam mais de 14 horas semanais a cuidados de longa duração de idosos e que trabalham menos de 30 horas por semana. Além disso, os cuidadores contam com a possibilidade de gozar um período de descanso de quatro semanas por ano, sendo então rendidos por cuidadores formais.

A preferência pelo recebimento de benefícios em dinheiro no imediato pós-implementação do SCLD corrobora a tradição alemã de prestação dos cuidados por parte da família, porém também parece ser influenciada pelo grau de dependência do demandante de cuidados. De acordo com Cuellar e Wiener (2000), enquanto a proporção de indivíduos que recebem benefícios em dinheiro corresponde a aproximadamente 80% entre os que gozam de baixos graus de dependência, essa porcentagem cai em 20 pontos percentuais (p.p.) entre os indivíduos com dependência severa. Esse cenário, no entanto, tende a mudar. De acordo com Doyle e Timonen (2007) já se pode observar uma tendência de aumento na demanda por benefícios em serviços. Essa tendência está associada ao envelhecimento expressivo do próprio contingente idoso sinalizando para o crescimento potencial do contingente de idosos com níveis mais graves de dependência e deficiências cognitivas.

De acordo com a legislação é necessário que os cuidadores, mesmo os cuidadores domiciliares sem formação na área de saúde, tenham suas tarefas supervisionadas por enfermeiras formadas. Isso representou um aumento do emprego de profissionais qualificados, no entanto os cuidadores com pouca qualificação ainda são maioria no setor.

Na ausência de instâncias de ouvidoria para aferir a qualidade e adequação dos serviços de cuidados prestados, estão sendo realizados projetos piloto para sua análise (DOYLE; TIMONEN, 2007). Se, por um lado, o sistema dispõe da livre escolha para os demandantes de cuidados, por outro lado não existem instâncias nesse sistema de cuidados de longa duração responsáveis pelo monitoramento dos cuidados prestados.

3.3 O modelo social-democrata: Dinamarca

O terceiro modelo – social-democrata – baseia-se nos princípios de universalidade da cobertura e total desmercantilização dos direitos sociais. Em vez de tolerar a dualidade mercado *versus* Estado, este modelo promove a equidade em padrões

de bem-estar suficientemente elevados, não a equidade em padrões mínimos de subsistência. Neste modelo tanto os trabalhadores manuais, quanto os ocupantes de cargos mais elevados na estrutura do mercado de trabalho desfrutam dos mesmos direitos sociais. A estratificação social presente no mercado de trabalho não é transposta para o regime. O modelo obscurece o papel do mercado ao forjar mecanismos de solidariedade universais, onde todos os participantes são ao mesmo tempo beneficiários e dependentes do sistema, construindo com isso uma obrigação coletiva para o funcionamento do regime. O modelo social-democrata promove ao mesmo tempo a emancipação dos indivíduos em relação ao mercado e à família. O objetivo do modelo não reside em maximizar a dependência dos indivíduos na solidariedade familiar, mas sim maximizar a capacidade de independência dos indivíduos. Isso é obtido através da construção de uma pesada estrutura de serviços prestados à população em todos os momentos do ciclo de vida, o que representa a implementação de programas especificamente desenhados para o atendimento de crianças, idosos, portadores de deficiência etc. Isso permite, por sua vez, que as mulheres possam contar realmente com a possibilidade de escolha entre a participação no mercado de trabalho ou não.

Esse sistema é identificado com os países escandinavos. Ainda que estes países sejam considerados *latecomers* (referente a sua industrialização e modernização tardias) no âmbito da dinâmica da economia mundial, as raízes históricas de suas políticas sociais remontam aos mecanismos de alívio da pobreza datados de finais do século XIX, os quais foram gradualmente sendo transformados em programas de assistência social e, finalmente, entre as décadas de 1940 e 1960, resultaram em modernos regimes de bem-estar social, como atualmente vigentes. Pode-se dizer que, já na década de 1970, os vários modelos de sistemas de seguridade social, em todo o mundo ocidental, tinham alcançado altos níveis de cobertura na área previdenciária, de proteção e manutenção da renda. Foi justamente nesse momento que os regimes social-democratas tomaram um rumo próprio que os diferenciaria dos demais modelos de sistemas nas décadas subsequentes: construíram uma ampla rede de serviços sociais, especialmente voltados para as necessidades das famílias, além de implementar benefícios pecuniários especialmente voltados para as mulheres que desejassem participar do mercado de trabalho assalariado. Isso permitiu uma importante diferenciação da estrutura do mercado de trabalho, quando do aumento do desemprego estrutural, nesses países.

Como ressaltado por Esping-Andersen (1999, p. 78) a condição universalista dos sistemas é bastante antiga, tendo sido a Dinamarca o país pioneiro na universalização da proteção ao idoso vulnerável em 1891. Atualmente a população dinamarquesa é composta por aproximadamente 5,5 milhões de habitantes, dos

quais aproximadamente 800 mil são idosos. Praticamente a totalidade da população dinamarquesa é alfabetizada – 85% vivem no meio urbano (um terço na capital, Copenhagen) –, conta com a sexta maior renda *per capita* mundial – aproximadamente US\$ 37.000,00 – e constitui uma das sociedades menos desiguais do planeta. O sistema de seguridade social dinamarquês enquadra-se no modelo social-democrata da tipologia de regimes de bem-estar social de Esping-Andersen. O sistema é baseado no conceito de cidadania plena e financiado por impostos gerais, sendo sua associação com o mercado de trabalho bastante tênue e secundária. Isso faz com que todos os cidadãos tenham, por exemplo, direito aos serviços de atenção à saúde e uma renda básica ao completar 67 anos (para ambos os sexos).

No plano previdenciário ou de reposição da renda quando da perda da capacidade de trabalho, pode-se entender o sistema dinamarquês como composto por três pilares. O primeiro pilar é responsável por assegurar um benefício pecuniário básico universal a todos os cidadãos independentemente de sua vinculação ao mercado de trabalho ou histórico laboral. O segundo pilar, que consiste na previdência social propriamente dita, é administrado por fundos de pensão, em regime de capitalização em conta individual com contribuições definidas, provendo, dessa forma, uma renda complementar à renda básica universal, atrelada à capacidade contributiva de cada indivíduo. O terceiro pilar de caráter suplementar contribui para dar mais flexibilidade às demandas individuais.

Em sistemas de matiz universalista, como no caso dinamarquês, as políticas sociais e as voltadas para o mercado de trabalho atuam de forma complementar, criando sinergias com vista à promoção do bem-estar das famílias e de cada um de seus membros em particular, ou seja, as alternativas de política procuram promover a capacidade das famílias em compatibilizar as demandas familiares com a participação no mercado de trabalho. Para tanto, é assegurado o acesso a serviços sociais de alta qualidade, tais como creches e pré-escola para crianças cujos pais participem do mercado de trabalho. A prestação desses serviços ao mesmo tempo em que imprime maior tranquilidade para que os pais de crianças pequenas possam participar ativamente do mercado de trabalho e gerar renda, promove maior igualdade de gênero ao mercado de trabalho (National Report on Strategies for Social Protection and Social Inclusion).

3.3.1 Políticas voltadas para os cuidados de longa duração dos idosos

No caso específico da prestação dos serviços de cuidados à sua população idosa, a Dinamarca é geralmente reconhecida como um “país modelo”, tendo sido um dos pioneiros na adoção de políticas de cuidados comunitários com a adoção, ainda

na década de 1970, de medidas que facilitassem o atendimento dos idosos em seus próprios lares em detrimento da institucionalização dos mesmos (DOYLE; TIMONEN, 2007). A singularidade da Dinamarca no que tange à formulação das políticas voltadas para os cuidados de longa duração dos idosos reside em serem tais políticas uma obrigação do Estado, retirando da família a responsabilidade, mesmo que assessoria, pelos cuidados de seus entes frágeis (KRÖGER, 2001). Isso não significa que as famílias não participem dos cuidados, mas sim, que ao fazê-lo, o fazem de acordo com suas condições e de forma cooperativa com o sistema formal de cuidados.

Por lei, o cuidado domiciliar é devido a todos os idosos que apresentem dificuldades para a realização das AVDs. De forma geral, as políticas voltadas para os idosos, na Dinamarca, procuram respeitar alguns aspectos principais, referentes a continuidade ao longo do ciclo de vida, maximização da utilização dos recursos pessoais e autonomia e valorização das experiências individuais. Com isso, são levadas em consideração as circunstâncias familiares envolvidas em cada caso, como por exemplo, a presença ou não de cônjuges gozando de boas condições de saúde. A primeira lei voltada para os cuidados domiciliares dos idosos frágeis data de 1958, tendo sido responsável por determinar que a administração local se responsabilizasse pela provisão de assistência aos idosos, de forma que os mesmos pudessem continuar a viver em seus próprios domicílios. Posteriormente a Lei dos Serviços Sociais (datada de 1972) ampliou as responsabilidades das administrações locais, ao estabelecer que os municípios deveriam tanto aferir a demanda quanto prover os serviços para os idosos demandantes de cuidados domiciliares. De acordo com essa lei, os critérios de elegibilidade eram determinados pelo grau de perda de autonomia e independência dos idosos, de forma a que o apoio prestado atendesse aos princípios de promoção da independência dos idosos através da prestação de serviços domiciliares que os auxiliassem com as atividades da vida diária. Em termos de estrutura administrativa, a referida lei estabelecia a formulação da política em bases uniformes para toda a população, com o poder central tendo sua atividade limitada a determinar as diretrizes gerais e supervisionar a prestação dos serviços administrados e executados, em bases descentralizadas, através das administrações locais, o que permite interpretações diversas sobre a adequação dos serviços prestados.

Em 1987 foi aprovada uma lei especificamente voltada para a questão da residência dos idosos, impedindo a construção de novas Instituições de Longa Duração para Idosos (ILPIs). Esse novo ordenamento jurídico implicou a opção por subsidiar a construção de residências para idosos, onde se pudesse contar com a assistência profissional de enfermagem e de serviços domésticos gerais, sendo os

mesmos especialmente desenhados de forma a atenuar os aspectos de impessoalidade tradicionalmente associados às instituições hospitalares e asilos. Os reflexos dessa nova lei logo se fizeram notar: o número de instituições asilares fechou a uma taxa aproximada de 10% ao ano (a.a.) (DOYLE; TIMONEN, 2007); enquanto o número das novas residências de idosos passou de 3.356 em 1987 para 37.899 em 2001 (DOYLE; TIMONEN, 2007). Atualmente a proporção de idosos asilados na Dinamarca é inferior a 10%. Ainda que possa ser considerado um patamar elevado para os padrões latino-americanos ou mesmo da Europa Continental, vale lembrar que esse percentual chegou a alcançar níveis próximos a 20% na década de 1980 (GIBSON; GREGORY; PANDYA, 2003).

Em 2003, uma nova lei voltada para a ampliação das alternativas de provisão dos cuidados para com os idosos, viria a alterar o sistema dinamarquês. A nova lei conta com múltiplos propósitos: por um lado reforça a responsabilidade da autoridade local por supervisionar, financiar além de assegurar a oferta dos serviços em quantidade e qualidade adequadas, permitindo pela primeira vez a participação do setor privado na provisão dos serviços. A participação do setor privado é advogada como uma forma de promover, em certa medida, a competição e com isso aumentar a qualidade dos serviços prestados. De acordo com Green-Pedersen (*apud* DOYLE; TIMONEN, 2007) essa nova iniciativa jurídica deve ser entendida dentro do novo escopo político-ideológico voltado para a reconstrução do Estado de Bem-Estar Social, mais focado nos controles de custo e aumento da transparência das políticas.

Um ponto que merece destaque na política de cuidado aos idosos na Dinamarca refere-se ao seu caráter proativo: não são os idosos que no limite de sua capacidade funcional e instrumental e dos recursos familiares tangíveis procuram o Estado para ter acesso aos serviços; os serviços são disponibilizados pelo Estado que periodicamente procura avaliar as condições dos idosos de forma a que se consiga uma transição gradual e adaptativa entre uma situação marcada pela total independência e autonomia do idoso para uma situação de perda dessa autonomia e independência, associada com as crescentes dificuldades dos idosos para a realização das AVDs.

A postura preventiva da política de cuidados na Dinamarca reflete os resultados de um projeto piloto em 1984 (*Roedrove Project*) que resultou na aprovação em 1998 de uma lei versando sobre visitas domiciliares preventivas aos idosos. Ao mesmo tempo em que procuram inibir qualquer estigma reminiscente em relação à questão dos cuidados domiciliares, as visitas asseguram o contato com os idosos mesmo antes do surgimento de eventuais problemas ou dificuldades por parte dos

idosos para lidar com as atividades do cotidiano (DOYLE; TIMONEN, 2007). Essas visitas são periódicas e permitem que o profissional de saúde encarregado das visitas avalie as necessidades dos idosos e ouça as críticas e queixas com relação ao serviço prestado. De acordo com Hendriksen e Vass (2005) as visitas domiciliares preventivas estão associadas com melhorias da capacidade funcional, especialmente entre os muito idosos (com 80 anos ou mais de idade). Os idosos, contam, porém, com a possibilidade de não aceitarem a visita preventiva. Ainda que a maior parte aceite, o número dos que recusam a visita preventiva varia de acordo com a faixa etária, sendo maior a proporção de idosos que aceitam, ou mesmo solicitam as visitas, entre as faixas etárias mais envelhecidas (tabela 1). Isso parece refletir a maior necessidade de auxílio entre os idosos mais idosos.

TABELA 1

Dinamarca: número de indivíduos que aceitam ou recusam visitas domiciliares preventivas, por faixa de idade – 2005

	Número de idosos que recusam a visita domiciliar	Número de idosos que aceitam uma ou mais visitas domiciliares
75-79 anos	60.360	55.986
80-84 anos	41.434	49.375
85 anos e +	24.333	38.321
Total	128.127	143.682

Fontes: Doye e Timonen (2007).

Na Dinamarca, as visitas domiciliares preventivas não funcionam apenas como uma ferramenta auxiliar no que tange à avaliação das condições dos idosos; fazem parte de um conjunto articulado de políticas voltadas para o cuidado de longo prazo dos idosos. Como forma de assegurar maior objetividade ao processo de identificação das demandas dos idosos, o sistema conta com a figura dos assessores para os cuidados domiciliares, constituídos, normalmente, por enfermeiras qualificadas, contratadas em tempo integral pelas autoridades locais para a realização dessa função. Estes assessores identificam um conjunto de serviços e benefícios especialmente desenhados para satisfazer as necessidades específicas de cada idoso demandante de cuidados de longa duração.

Os serviços prestados normalmente resultam em uma combinação de serviços de enfermagem profissional com serviços pessoais, podendo incluir, em alguns casos, os serviços domésticos de cuidados com a casa. Os prestadores dos serviços podem ser tanto funcionários públicos diretamente contratados pelas administrações locais, quanto terceirizados – prestadores privados de serviços. A participação dos prestadores privados de serviços no setor, por ser recente (2003) não se faz presente, ainda, em todo o território dinamarquês (DOYLE; TIMONEN,

2007). O setor privado apresenta uma concentração, ou especialização, em tarefas relacionadas aos serviços domésticos. Verifica-se também um viés de gênero entre os prestadores de serviços de cuidados, com uma predominância de mulheres, especialmente na meia idade.

O financiamento dos cuidados se dá via impostos gerais e participação de todos os níveis de governo. Os orçamentos, no entanto, são equalizados de forma a compensar as diferenças entre receitas tributárias dos níveis locais e estrutura populacional. Para esse último quesito são levados em consideração alguns aspectos da população local, tais como: distribuição etária, proporção de idosos vivendo sós, taxa de desemprego, número de indivíduos vivendo em condições de maior vulnerabilidade socioeconômica, número de imigrantes, entre outros. Em duas décadas, entre 1980 e 2000, o gasto com cuidados voltados para idosos apresentou um aumento de 150% em valores expressos em euros (25 milhões de euros em 1999, comparados a 10 milhões de euros em 1980), porém em porcentagem do PIB esse gasto passou de 2,6% em 1982 para 1,8% em 2003.

Aspectos relacionados com a regulação e fiscalização dos serviços prestados são de responsabilidade conjunta das administrações locais e central. Todos os municípios contam com Conselhos de Idosos ou semelhantes para onde devem ser encaminhadas todas as queixas dos beneficiários. Municípios maiores, como a capital – Copenhague – já contam com a figura do *ombudsman*. As queixas dos beneficiários também podem ser encaminhadas diretamente ao Ministério dos Serviços Sociais, responsável pela formulação das políticas de cuidados.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Idosos com perda de autonomia e independência demandam o apoio de cuidadores tanto para a realização de suas atividades cotidianas quanto para a manutenção de suas condições de saúde. Essas demandas foram tradicionalmente supridas pelas famílias. A atual conformação das famílias, no entanto, mudou e, consequentemente, sua capacidade de cuidar de seus entes mais frágeis também. À medida que a mulher entrou para o mercado de trabalho em busca de independência financeira e de realização plena de sua carreira profissional, o tradicional modelo de família, formado pelo homem provedor e a mulher cuidadora, é rompido. Isso significa a proliferação de novas e, por vezes menos estáveis, estruturas familiares. Essa nova configuração familiar requer a rearticulação dos tradicionais pilares que compõem os sistemas de seguridade social – famílias, Estado e mercado – para a conformação de uma nova divisão de responsabilidades pelos cuidados dos membros mais frágeis da família. A questão dos cuidados emerge, dessa forma, em função de sua crescente escassez, pois os cuidados anteriormente restritos

ao âmbito da família deixam de ser apenas um recurso não aparente com o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho assalariado.

Pode-se pensar na criação dos sistemas de seguridade social em finais do século XIX – marcadamente o adotado por Bismark na Alemanha – voltados para a superação da perda de capacidade laboral por parte dos trabalhadores, como a primeira forma de transferência de mecanismos de proteção social da esfera privada das famílias para a esfera pública; ao passo que os programas voltados para os cuidados de longa duração criados no fim do século XX podem ser entendidos como uma nova transferência da esfera privada das famílias para a esfera pública de uma modalidade de proteção social voltada para a perda de capacidade funcional ou instrumental dos indivíduos em lidar com as atividades do cotidiano. Nos termos de Esping-Andersen (2002), enquanto, no primeiro caso, a introdução do seguro ou previdência social, respondeu à mercantilização da força de trabalho, esse segundo movimento em direção ao espaço público pode ser entendido como um movimento em direção à desfamiliarização da atividade de cuidar. Essa desfamiliarização, no entanto, requer, em alguma medida, a mercantilização de uma atividade não reconhecida ou valorizada adequadamente pela sociedade.

A proteção social dos indivíduos ao longo de todo o seu ciclo de vida, no entanto, envolve, na atualidade, a articulação desses dois movimentos, pois a perda da capacidade funcional ou instrumental para a realização das AVDs extrapola a fronteira da garantia de renda nos casos de perda da capacidade de trabalho e dos cuidados estritamente relacionados com a saúde, ao mesmo tempo em que restringe a participação de importantes contingentes populacionais – mulheres – no mercado de trabalho.

Enquanto o acesso à renda parece ser uma questão bem equacionada, questões envolvendo a prestação de serviços de saúde para idosos e, principalmente, sua articulação com a provisão de bens e serviços na área assistencial e previdenciária demonstra-se bastante mais complexa. A previdência social foi pensada como um mecanismo de reposição de renda para os casos de perda da capacidade de trabalho, porém o envelhecimento de crescentes contingentes populacionais com perda de autonomia e independência impõe novas demandas financeiras não previstas, com importantes impactos para a renda dos idosos beneficiários da previdência social e, também, de suas famílias. Os sistemas de saúde, por sua vez, tendem a concentrar esforços, na maioria dos casos, para a cura dos pacientes, o que não é possível nos casos de doenças crônico-degenerativas, quando o tratamento não visa à cura e sim à promoção das melhores condições de vida possíveis de convivência com a doença. Da mesma forma, os mecanismos assistenciais atuam como “coadjuvantes

principais”, pois apesar de à primeira vista parecerem protagonizar as políticas voltadas para os cuidados de longa duração dos idosos, não são capazes de fazê-lo de forma isolada das políticas de renda e de assistência à saúde.

A análise das experiências da Alemanha, da Dinamarca e dos Estados Unidos, apresentadas aponta para o entendimento da demanda por cuidados de longa duração no âmbito dos sistemas de seguridade social. Certamente, são bastante evidentes as diferenças na conformação institucional dos sistemas de cada um dos países, porém os desafios para a articulação multidimensional das necessidades dos idosos com perda de autonomia e independência estão presentes em todos. É possível perceber algumas tendências comuns a todas as experiências: a busca por um novo equilíbrio entre responsabilidades públicas e privadas no cuidado dos idosos; o entendimento de que as alternativas que mantenham os idosos em seus próprios lares e/ou comunidades são preferenciais à institucionalização dos idosos, em função tanto das possíveis reduções com os custos do atendimento quanto como forma de assegurar o bem-estar dos idosos; a profissionalização da atividade de cuidar; a valorização do papel dos cuidadores informais, principalmente familiares; e a urgência do desenvolvimento de programas informativos e de apoio voltados para os mesmos.

A profissionalização da atividade de cuidar e a valorização dos cuidadores informais, normalmente familiares dos idosos, remetem a um importante aspecto a ser analisado: as questões de gênero. No âmbito das resoluções da 89ª Seção da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 2001, voltadas para a seguridade social, foi reafirmada a posição de que a melhor forma para assegurar a garantia de renda para indivíduos em idade ativa consiste no trabalho assalariado e para que este se dê em condições de participação igualitárias, entre homens e mulheres, faz-se necessário reconhecer o papel da mulher enquanto cuidadora não remunerada dos membros vulneráveis da família – crianças, portadores de deficiência e idosos. Medidas voltadas para um tratamento mais equânime entre homens e mulheres no mercado de trabalho e na previdência social devem levar em consideração o impacto das interrupções nas carreiras das mulheres em função da maternidade e do cuidado das crianças e idosos.

REFERÊNCIAS

- ARTS, W.; GILLESSEN, J. Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report. *In: PIERSON, C.; CASTLES, F. (Ed.). The Welfare State Reader. 2. ed. Cambridge: Polity Press, 2007. p. 175-198.*
- BATISTA, A. S. *et al. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social.* Brasília: MPS, SPPS, 2008.
- CAMPBELL, A. L.; MORGAN, K. Federalism and the politics of old-age care in Germany and the United States. *Comparative Political Studies*, v. 38, n. 8, p. 887-914, 2005.
- CUELLAR, A. E.; WIENER, J. M. Can social insurance for long-term care work? The experience of Germany. *Health Affairs*, v. 19, issue 3, p. 8-25, 2000.
- DALLINGER, U. *Elderly care in the family in Germany.* Paper contributed to COST 13A, meeting in Copenhagen, 19 Apr. 2002.
- DOYLE, M.; TIMONEM, V. *Home care for ageing populations: a comparative analysis of domiciliary care in Denmark, the United States and Germany.* Reino Unido: MPG Books Ltd., 2007.
- DRAIBE, S. M.; RIESCO, M. *Estado de bienestar, desarrollo econômico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea.* UNICAMP, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP), 2006 (Caderno, n. 77).
- ESPING-ANDERSEN, G. *The three worlds of welfare capitalism.* Princeton, NJ: Princeton University Press, 1990.
- _____. *Social foundations of postindustrial economies.* New York: Oxford University Press, 1999.
- _____. *et al. Why we need a new welfare state.* New York: Oxford University Press, 2002.
- ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. *Older Americans Act*, 1965.
- GIBSON, M. J.; GREGORY, S. R.; PANDYA, S. M. *Long-term care in develop nations: a brief overview.* Washington, D.C., 2003 (AARP Working Paper, n. 13).
- HENDRIKSEN, C.; VASS, M. Preventive home visits to elderly people in Denmark. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*, v. 38, n. 1, p. 31-33, 2005.
- JACOBZONE, S. *Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives.* OECD Publishing, 1999 (OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, n. 38).
- KRÖGER, T. *Comparative research on social care: the state of the art.* Bruxelas: Comissão Europeia, 2001.
- OMS. *Home care in Europe*, 2008. Disponível em: <www.euro.who.int>
- O'SHAUGHNESSY, C. The aging services network: broad mandate and increasing responsibilities. *Public Policy & Aging Report*, Washington: National Academy on an Aging Society, v. 18, n. 3, 2008.
- SCHNEIDER, U. Germany's social long-term care insurance: design, implementation, and evaluation. *International Social Security Review*, v. 52, n. 2, p. 31-74, 1999.
- UNITED SENIORS HEALTH COUNCIL. 2002.

CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO NO BRASIL: O ARCABOUÇO LEGAL E AS AÇÕES GOVERNAMENTAIS

Ana Amélia Camarano

Juliana Leitão e Mello

1 INTRODUÇÃO

A década de 1930 pode ser considerada o marco inicial da institucionalização do sistema de proteção social brasileiro, assumindo como tal um sistema organizado a partir de uma articulação nacional e regulação estatal (DRAIBE, 1990; CASTRO; RIBEIRO; CAMPOS, 2009; MEDEIROS, 2001; CARDOSO JR.; JACCOUD, 2005). Entre os anos 1930 e final dos 1980, esse sistema baseava-se em um princípio meritocrático. A elegibilidade aos benefícios sociais vinculava-se à posição dos indivíduos no mercado de trabalho e à contribuição aos sistemas de previdência feita ao longo da vida produtiva, tendo sido denominada por Santos (1979) “cidadania regulada”.¹

Os primeiros elementos universalizantes foram introduzidos nos anos 1960 e 1970, mas foi apenas com a promulgação da Constituição Federal em 1988 que se definiu um novo marco jurídico para o sistema de proteção social brasileiro. O caráter de sistema universalista desse novo modelo foi marcado pela ampliação dos direitos sociais, a universalização do acesso, a expansão da cobertura, o afrouxamento do vínculo contributivo e a concepção de seguridade social como uma forma ampla de proteção social (DRAIBE, 1990).

A regulamentação e a implantação desse novo modelo ocorreram na década de 1990. A nova configuração institucional trouxe impactos positivos à população em geral e, em particular, à idosa. Este segmento foi especialmente beneficiado por políticas de acesso a uma renda mínima. Ao longo da década, novos marcos

1. Essa designação, cunhada por Santos, em 1979, está baseada na noção de que a cidadania se restringia aos trabalhadores com ocupações definidas e reconhecidas por lei.

legais foram instituídos, como a Lei Orgânica de Assistência Social (Loas), em 1993, a Política Nacional do Idoso (PNI), em 1994, e o Estatuto do Idoso, em 2003 (CAMARANO; PASINATO, 2004; CAMARANO, 2006; CAMARANO, MELLO; KANSO, 2009). Esses marcos enfatizaram as políticas de renda, âmbito no qual se observou considerável avanço nas últimas décadas tanto no acesso às aposentadorias e pensões por morte (benefícios contributivos), quanto no de benefícios de assistência social a idosos carentes (não contributivos).

Por outro lado, não se avançou na normatização de uma política de cuidados de longa duração para idosos no Brasil. A Constituição de 1988, apesar de afirmar que o amparo ao idoso é dever da família, da sociedade e do Estado, deixa claro que os programas de cuidado devem ser realizados “preferencialmente nos seus lares”,² reforçando a atribuição do cuidado com o idoso dependente à família. Nas legislações posteriores, essa orientação é mantida.

O objetivo deste capítulo é analisar o papel que o Estado brasileiro tem desempenhado para atender às demandas dos idosos por cuidados de longa duração. Restringem-se aos cuidados formais, sejam institucionais ou domiciliares.³ O capítulo está estruturado em quatro seções, sendo a primeira esta introdução. Na segunda seção, descreve-se o marco jurídico das políticas de cuidados para a população idosa brasileira no âmbito da assistência social e da saúde. Na terceira, são apresentadas algumas das ações realizadas em âmbito federal nessas duas áreas. A última seção faz algumas considerações sobre a questão e apresenta algumas sugestões de políticas.

2 POLÍTICAS DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO: DE QUEM É A RESPONSABILIDADE?⁴

A insuficiência de renda e a falta de autonomia para lidar com as atividades do cotidiano são indicadores da necessidade de qualquer indivíduo de algum tipo de proteção social. As políticas que tratam dessas dimensões são as de geração de renda e as de cuidados de longa duração. Os principais benefícios a que os idosos brasileiros têm acesso fazem parte do sistema de seguridade social, de cunho universal. Nele, estão contidas as ações destinadas a assegurar os direitos à previdência, à saúde e à assistência social.

2. Ver Artigo 230 da Constituição Federal de 1988.

3. Para uma discussão acerca dos vários tipos de cuidados de longa duração, ver a introdução a este livro.

4. Esta seção é baseada em Camarano, Mello e Kanso (2009).

Os benefícios de renda podem ser previdenciários, de caráter contributivo, e assistenciais, de natureza não-contributiva.⁵ Enquanto as fronteiras entre essas duas políticas são rigidamente definidas pela legislação, as existentes entre cuidados e saúde são tênues.

As políticas de cuidado com o idoso não constituem um campo claramente definido na atenção ao idoso no Brasil. Essa indefinição reflete, em certa medida, os preceitos institucionais no que se refere ao cuidado com o idoso, em especial aqueles com limitações funcionais. Se, por um lado, a Constituição de 1988 universalizou os benefícios de renda para idosos, o que significou a “desfamiliarização”⁶ do seu sustento, delegou para a família a responsabilidade com o cuidado do idoso frágil.

Como mencionado, apesar de ela estabelecer que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas”, dispõe que “os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares”.⁷ O texto constitucional deixa claro que apenas na impossibilidade de a família cuidar do idoso é que instituições específicas devem ser consideradas uma alternativa de atendimento. Tal recomendação também está expressa na PNI, de 1994, no Estatuto do Idoso, de 2003, e perpassa a maior parte das normas no âmbito da saúde e da assistência social. Essa legislação é fruto, dentre outros fatores, dos preconceitos com relação ao cuidado institucional e resulta no seu reforço (CAMARANO, 2008).

A estruturação desse modelo de cuidado, que coloca a família no centro, encontra respaldo na História. Ao longo dela, em quase todo o mundo, o cuidado com a geração mais velha tem sido atribuído aos descendentes. Além disso, as normas sociais e familiares estabelecem que o papel de cuidar é uma especificidade feminina (NERI, 2006). Disso decorre a percepção de que o melhor lugar para o idoso é junto de sua família, sem considerar que a família é uma instituição idealizada. Esta se constitui em um espaço de disputa de poder entre gêneros e gerações e vem passando por muitas transformações. Além disso, uma das características do cuidado familiar é que este tem ocorrido com baixo apoio e orientação do Estado, sendo escassos as políticas e os programas de cuidado formal domiciliar. As políticas de cuidados existentes se restringem ao cuidado institucional, em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

5. Os avanços da cobertura de renda para a população idosa, a partir da regulamentação da Constituição de 1988, e seus impactos na redução da pobreza já foram amplamente discutidos na literatura especializada. Para detalhes, ver Beltrão, Camarano e Mello (2004), Delgado e Cardoso Jr. (2004), Sabóia (2004), entre outros.

6. Termo empregado por Esping-Andersen (1999). Para uma discussão sobre o assunto, ver Cardoso Jr. (2003).

7. Artigo 230 da Constituição Federal de 1988.

Embora caiba ao Estado prover serviços de cuidado para idosos carentes, regular e fiscalizar as instituições privadas que prestam estes serviços, no âmbito específico do governo federal, o que predominam são regulamentações e normatizações. O governo federal tem avançado no papel de fiscalizador das ILPIs, mas o fomento e o incentivo têm assumido um caráter residual. Ambas as funções estão ancoradas na PNI de 1994, que firmou as diretrizes para a atenção do idoso no Brasil, e no Estatuto do Idoso de 2003. Na verdade, pode-se dizer que o sistema de proteção social brasileiro, de uma forma geral, avançou muito no que diz respeito aos mecanismos de transferência de renda, mas o mesmo não está ocorrendo com relação à oferta de serviços. Isto se aplica às políticas dirigidas a todos os grupos de idade.

O Estatuto divide entre a família e o poder público a obrigação de assegurar aos idosos os direitos à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. No entanto, entre as prioridades estabelecidas, reafirma a tônica das legislações anteriores no que diz respeito ao cuidado do idoso, ao também priorizar o seu atendimento no interior da família, em detrimento do asilar. Apesar de tal indicação, o Estatuto prevê entre os direitos do idoso o amplo acesso à moradia, afirmando que este pode ocorrer na família de origem ou na substituta ou em uma instituição pública ou privada. Ele ressalta que “a assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos próprios ou da família”.⁸

O Estatuto também obriga a notificação por qualquer cidadão, e especialmente pelos profissionais de saúde, de qualquer ato de violência contra idosos e criminaliza estes atos. Segundo Pasinato e Kornis (2009), a consideração dessas questões nesse instrumento legal pode ser resultado das expressivas transformações em curso nos arranjos familiares. Os autores alertam para o fato de que a sobrecarga de trabalho imposta às famílias, na ausência de políticas públicas que as ajudem na tarefa de cuidar de seus membros dependentes, pode resultar em violência doméstica. Isto deve ser levado em conta mesmo considerando que a prevenção da violação dos direitos dos idosos é um dever de toda a sociedade. Muitos idosos pobres e/ou com limitação funcional vivem em casa de familiares, em condições precárias, sendo, em alguns casos, submetidos a maus tratos, por falta de alternativas de moradia e/ou cuidado.

8. Ver Artigo 37, parágrafo 1º do Estatuto do Idoso, de 2003.

2.1 Políticas de assistência social

No Brasil, as políticas de cuidados de longa duração são de responsabilidade do órgão da assistência social, cabendo à vigilância sanitária, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o papel de fiscalizar as entidades que cuidam de idosos. Além do seu caráter residual, desde a década de 1970 essas políticas têm se concentrado no abrigo. Estavam sob a responsabilidade da Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA)⁹ e, hoje, estão sob a responsabilidade do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

Até 2005, as ações dessas instituições eram financiadas pela modalidade de Serviços de Ação Continuada (SAC), que se organizavam conforme a população a ser priorizada: idosos, crianças, adolescentes ou pessoas portadoras de deficiência. O governo federal repassava recursos para fundos municipais, mediante assinatura de convênios com prefeituras; estas, por sua vez, transferiam estes recursos para as entidades que prestavam os serviços, sendo possível identificar *a priori* o segmento atendido com o montante do recurso federal repassado. Pelos convênios, a União/município repassava às instituições públicas ou filantrópicas de abrigo um valor mensal *per capita* diferenciado segundo o grau de dependência do idoso.¹⁰ Os recursos eram oriundos do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). A lógica desse modelo estava centrada no atendimento por segmentos específicos, o que mudou com a implantação do Suas.

Nos últimos 15 anos, a política de assistência social brasileira vem passando por profundas transformações, envolvendo alterações de concepção, modelo de gestão e formas de financiamento. A Política Nacional de Assistência Social (PNAS), aprovada em 2004, e a Norma Operacional Básica (NOB) de 2005 firmaram as bases para uma redefinição das ações no âmbito da assistência, instituindo pisos de financiamento e aumentando a descentralização. A partir dessas diretrizes e da implantação do Suas, a proteção social brasileira passou a se estruturar em dois eixos: a Proteção Social Básica (PSB) e a Proteção Social Especial (PSE).

O primeiro tem como objetivo a prevenção de situações de risco, atuando junto à população em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza e da fragilização dos vínculos afetivo-relacionais e de pertencimento social. As ações da PSB desenvolvem-se, em especial, nos Centros de Referência em Assistência Social

9. Órgão gestor da política de assistência social, na época.

10. Estes valores estão constantes há um longo período, em R\$ 60,85 e R\$ 41,91 para idoso dependente e independente, respectivamente. O Sistema Integrado de Assistência Social (Suas), em 2007, alterou a lógica do repasse, mas muitas instituições ainda estão recebendo pela modalidade antiga.

(Cras), que atendem crianças, jovens, idosos e pessoas portadoras de deficiências. Nesse grupo, encontram-se as modalidades de centros-dia e centros de convivência.

As políticas de cuidados de longa duração aos idosos estão inseridas na PSE. De modo geral, a ela cabe o atendimento a indivíduos e famílias que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça ou violação de direitos. Ela gerencia dois níveis de serviços, que se subdividem em média e alta complexidade. São considerados serviços de média complexidade aqueles destinados às famílias e/ou indivíduos que tiveram seus direitos violados, mas não perderam seus vínculos familiares e comunitários. Entre os serviços de média complexidade para idosos, encontra-se, por exemplo, o cuidado domiciliar formal. Apesar de as diretrizes para o atendimento domiciliar estarem referidas nos instrumentos legais, não se sabe como é realizado nos municípios.

A de alta complexidade garante proteção integral ao indivíduo e às famílias, que perderam seus vínculos familiares ou não têm mais condições de convívio familiar ou comunitário. Nesse nível de complexidade foram alocados os seguintes serviços destinados a idosos: atendimento integral institucional, casa-lar, república, casa de passagem, albergue, família substituta e família acolhedora.¹¹ A alta complexidade divide-se ainda em dois níveis. O primeiro abrange os serviços de acolhimento e abrigo; o segundo centra-se em serviços específicos voltados para casos de violência e/ou de elevado grau de dependência, cujo atendimento requer alta qualificação. Do ponto de vista da distribuição de recursos federais para os municípios, para cada nível de complexidade é repassado um piso diferenciado.

Não se sabe ainda em que medida as mudanças decorrentes da implantação do Suas poderão afetar ou se já estão afetando o atendimento aos idosos nos municípios, em especial, no que diz respeito à questão dos cuidados. É cedo para uma avaliação de suas consequências, assim como ainda é difícil, no atual momento, uma mensuração precisa do volume de recursos destinados ao segmento. No entanto, é possível que a mudança do modelo de financiamento adotado anteriormente, baseada em segmentos específicos, para um de repasse de recursos a ser distribuído segundo critérios do município, afete o atendimento ao idoso. Mas não se pode antever ainda a direção da mudança, ou seja, se os recursos para tal finalidade poderão ser diminuídos ou aumentados. Há que se considerar também os benefícios da descentralização e da agilidade da transferência, bem como os custos que poderão advir de possíveis pressões políticas.

11. Modalidade extinta pelo Conselho Nacional do Idoso.

2.2 Políticas de saúde

Como já mencionado, o limite entre as políticas de cuidados e as de saúde é muito tênue, o que requer a consideração de ambas. Reconhece-se que, no Brasil, ocorreram avanços expressivos no âmbito das políticas de saúde com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que assegurou o direito universal ao acesso a serviços, tal como estabelecido pela Constituição de 1988.

Em 1994, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família (PSF). Existente até hoje e transformado em uma nova estratégia de atenção à saúde, prevê o atendimento por equipes multiprofissionais de saúde de um número definido de famílias em uma localidade delimitada. O PSF alterou a lógica da assistência de saúde vigente até então, deslocando o atendimento de curativo para preventivo, articulando-se em torno de ações de promoção e manutenção da saúde e de prevenção de doenças. Como se verá posteriormente, esse programa constitui um importante provedor de atendimento aos idosos nos seus domicílios, nas instituições e nos postos de atendimento.

Com a expansão do sistema, foram incorporadas também as demandas de grupos populacionais específicos, como o do idoso. Em 1999, foi aprovada a Política Nacional de Saúde do Idoso, que reconhecia a perda da capacidade funcional e mental como uma das principais consequências do envelhecimento. Em 2006, essa política passou a incorporar a concepção de envelhecimento ativo. Passou a ser conhecida por Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Nota-se um crescimento na importância dada à saúde do idoso no conjunto das políticas de saúde. Um exemplo é o Pacto pela Saúde,¹² também de 2006, no qual está inserido o Pacto pela Vida. Uma das seis prioridades que estruturam esse pacto é a saúde do idoso. Entre as suas diretrizes, destacam-se a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a atenção integral à saúde da pessoa idosa e o estímulo às ações inter-setoriais, visando a integralidade da atenção.

Nesse documento, propõe-se a implantação de serviços de atenção domiciliar, contrapondo-se ao cuidado institucional. Em outubro do mesmo ano, foi instituído o Programa de Internação Domiciliar (PID), dando sequência ao definido pelo pacto. Ao instituir essa modalidade de prestação de serviços, pretendia-se valorizar o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde. No entanto, o ministério ainda não está equipado para prover os recursos humanos para atender tal prioridade. Por recursos humanos adequados, entenda-se uma equipe interdisciplinar capacitada na atenção ao

12. O Pacto pela Saúde está estruturado em torno de três pactos: pela vida, em defesa do SUS e de gestão.

idoso que inclua profissionais como assistente social, médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista e o técnico ou auxiliar de enfermagem (DIOGO; DUARTE, 2006).

2.3 ILPI: instituição de saúde ou assistência social?

Como já apontado em vários capítulos deste livro, a modalidade mais antiga de atendimento integral ao idoso fora do ambiente familiar são os antigos asilos, atualmente, denominados ILPIs. Dada a sua origem, abrigamento para idosos desamparados, as políticas brasileiras para ILPIs são de responsabilidade do órgão de assistência social.

De fato, não há consenso no Brasil sobre o que seja uma ILPI. Algumas vezes são consideradas instituições de assistência e, outras vezes, de saúde. Para Groisman (1999), elas não são voltadas para a clínica ou para as práticas terapêuticas. Embora, de maneira geral, seus residentes recebam moradia, alimentação e roupas, os serviços médicos são o principal serviço oferecido. O Levantamento do Ipea¹³ apontou que 66,1% das instituições brasileiras oferecem serviço médico e 56,0% de fisioterapia.

Entretanto, dados o envelhecimento populacional e o aumento da sobrevivência de pessoas com perda de capacidade física, cognitiva e mental, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia está requerendo que as instituições ofereçam algo mais que abrigo ou residência. Isto significa estar integrada não apenas à rede de assistência social, mas à de saúde também. São consideradas como instituições híbridas (saúde e assistência social). Instituições como asilos, casas de repouso e ancianato, entre outras, passaram a ser chamadas de ILPI. Trata-se de uma adaptação do termo *Long-Term Care Institution* utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (ver COSTA, 2004). Apesar dessa nova nomenclatura, as instituições não se autodenominam ILPIs. Em geral, continuam se autodenominando asilos, lares, casas de repouso, casas geriátricas, ancianatos etc.

Para a Anvisa,¹⁴ ILPIs são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania. Essa definição é considerada bastante ampla, pois agrega

13. Levantamento de caráter censitário Condições de Infraestrutura e de Funcionamento das Instituições de Longa Permanência Para Idosos no Brasil, realizada pelo Ipea entre 2007 e 2009, em parceria com a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e MDS. Para maiores detalhes, consulte o capítulo 7 deste livro.

14. Ver Anvisa, Resolução de Diretoria Colegiada (RDC), nº 283, de setembro de 2005.

vários tipos de instituições, sem diferenciá-las em função do nível de autonomia dos idosos (BORN; BOECHAT, 2006).

O decreto de regulamentação da PNI e o Estatuto do Idoso deixam claro que ILPIs não são instituições de saúde. A PNI proíbe a permanência em instituições asilares de caráter social de pessoas que apresentem comprometimento mental que coloquem em risco sua vida e a dos demais moradores, que apresentem doenças infecto contagiosas ou que exijam assistência médica permanente ou enfermagem intensiva.¹⁵ No entanto, esta proibição não tem sido cumprida.

No Brasil, das quatro portarias de regulamentação das ILPIs, listadas a seguir, três foram estabelecidas pelo órgão da assistência social e uma pelo da saúde. A primeira tentativa de normatizar as instituições de atendimento a idosos ocorreu no Ministério da Saúde, em 1989, por meio da Portaria nº 810. Nela, essas instituições foram definidas como sendo estabelecimentos de diversas denominações, com ambiente físico e quadro de pessoal adequado ao cuidado de idosos sob regime de internato ou não, independentemente de pagamento e por período de tempo indeterminado. Foram definidas as normas gerais para administração, funcionamento, delimitações físicas e recursos humanos das instituições. Estavam aí incluídos clínicas, hospitais geriátricos e casas de repouso.

Em 2000, as Portarias nº 2.854 e nº 2.874, do então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), estabeleceram novas modalidades de atendimento ao idoso, embora também continuassem reiterando a família como referência para o cuidado do idoso. Essas modalidades foram classificadas de acordo com o grau de dependência do idoso, sendo fixados valores mensais de referência para o apoio financeiro da União no cofinanciamento dos serviços assistenciais de atenção ao idoso. Além do atendimento integral oferecido pelas instituições específicas e do atendimento domiciliar já existentes, foram definidas as seguintes: *i*) residência com família acolhedora;¹⁶ *ii*) residência em casa-lar; *iii*) residência em república; *iv*) atendimento em centro-dia; e *v*) atendimento em centro de convivência.

Ficou definido, por essas portarias, que a modalidade de Atendimento Integral Institucional é aquela realizada “em instituições acolhedoras conhecidas como: abrigo, asilo, lar e casa de repouso, durante o dia e a noite, às pessoas idosas em situação de abandono, sem família ou impossibilitadas de conviver com suas famílias”.

15. Parágrafo único, capítulo 4.

16. Desde a primeira elaboração, as legislações expressavam a necessidade de a instituição, em geral, ter um estatuto, um responsável técnico com formação em uma das áreas de saúde, um alvará sanitário, registros dos idosos atendidos, limites específicos do espaço físico interno e externo, bem como um quadro de funcionários que pudesse oferecer assistência médica, odontológica, de enfermagem, nutricional, psicológica, farmacêutica, lazer, reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia), serviço social e apoio jurídico e administrativo.

Também se outorgou às instituições a “responsabilidade pelo desenvolvimento de esforços constantes para reconstrução dos vínculos familiares que propiciem o retorno do idoso à família”.

A definição de atendimento integral institucional foi reiterada pela Portaria nº 73, de 2001, do MPAS. Essa portaria foi mais uma etapa da regulamentação da PNI. Nela, utiliza-se o termo “instituição asilar” para designar o modelo de estabelecimentos com a finalidade de prestar o atendimento aos idosos. Ressalta-se mais uma vez que esse atendimento deve ser realizado prioritariamente a idosos sem família e em situação de vulnerabilidade. No documento, o atendimento institucional é expressamente considerado como a “última alternativa”. As modalidades de atendimento ao idoso também foram ampliadas com a introdução das modalidades de Família Natural e Residência Temporária.

No que se refere ao atendimento integral institucional, a Portaria nº 73 classifica as instituições segundo o grau de autonomia dos idosos. Foram definidas três modalidades de instituições para o atendimento integral ao idoso. A Modalidade I é para idosos que são independentes para a realização das atividades da vida diária (AVD), mesmo que requeiram o uso de algum equipamento de autoajuda. Já a Modalidade II é a destinada a idosos dependentes e independentes que necessitam de auxílio e de cuidados especializados e que exijam controle e acompanhamento adequado de profissionais de saúde. Por fim, a Modalidade III é aquela destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total, no mínimo, em uma das AVDs, necessitando de uma equipe interdisciplinar de saúde.

Na prática, o que ocorre muitas vezes é que idosos independentes ingressam na instituição, mas ao longo do tempo se tornam dependentes. Disso decorre o questionamento a respeito da pertinência da transferência deste idoso para outra modalidade de ILPI. Do ponto de vista social e emocional do idoso, isso não é aconselhável, pois acarreta ruptura de vínculos. O Estatuto do Idoso, inclusive, recomenda a “manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior”.¹⁷ A RDC da Anvisa recomenda que as instituições promovam a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência.¹⁸ Como consequência, é muito baixa a proporção de instituições brasileiras que atendem idosos classificados em apenas uma dessas modalidades. O Levantamento do Ipea constatou que, no conjunto das instituições brasileiras, em 2,6% residem apenas idosos dependentes e em 2,4%, independentes.

17. Artigo 49 do Estatuto do Idoso de 2003, p. 32.

18. Ver RDC, Artigo 4.3.4.

Não obstante as diferenças existentes no que se refere às classificações das ILPIs no campo da saúde ou da assistência social, a orientação da política federal firmada por portarias interministeriais tem sido a de atuação conjunta nos municípios. Na prática, isso pode ser entendido como articulação e cooperação entre órgãos da assistência social e da saúde, em que o primeiro identifica o público para o atendimento e o segundo atua com os profissionais especializados. No caso de atendimentos de saúde, estes podem ser feitos nas instituições, via PSF, em postos de saúde ou mesmo em hospitais. Outra forma de parceria pode ocorrer por meio da cessão de funcionários estaduais ou municipais da área de saúde para as instituições.

Não se tem dúvidas de que as ILPIs se constituem, em primeiro lugar, em residências coletivas, que tinham a função de abrigamento, o que requer a sua inclusão em uma política habitacional ou de infraestrutura das cidades. A PNI estabelece que os programas habitacionais destinem à população idosa unidades em regime de comodato na modalidade de casas-lares.¹⁹ Já o Estatuto do Idoso determina prioridade ao idoso na aquisição de imóvel para moradia própria; reserva de 3% das unidades residenciais para atendimento aos idosos.²⁰

A despeito das dificuldades com relação à inserção das ILPIs nas políticas públicas, não se tem dúvida de que os diferentes motivos pela sua procura e a falta de alternativas de atenção ao idoso frágil as tornam uma instituição indispensável e insubstituível no sistema de seguridade social vigente no país. Entretanto, se reconhece que não é possível para nenhum governo oferecer cuidado institucional para toda a população que dele necessita. Isto requer do Estado um estímulo ao aumento da oferta de instituições privadas paralelamente ao aumento da fiscalização, bem como provimento alternativas mais baratas de cuidado domiciliar e comunitário.

A fiscalização das ILPIs foi definida pelo Estatuto do Idoso como sendo de responsabilidade dos Conselhos do Idoso, do Ministério Público e dos órgãos de vigilância sanitária.²¹ No que se refere à vigilância sanitária, esta tem sido orientada pela RDC da Anvisa nº 283, de 2005. Essa norma tem alcance amplo e é aplicável a todas as instituições governamentais ou não governamentais destinadas à longa permanência para idosos. Considerada rígida, ela define as regras de funcionamento e de organização física, sanitária e de recursos humanos, levando em conta o grau de dependência dos residentes dessas instituições.

19. Ver Artigo 10 da PNI, de 1994.

20. Ver Artigo 38 do Estatuto do Idoso, de 2003.

21. A questão da fiscalização das ILPIs está sendo abordada, especificamente, no capítulo 8 deste livro.

Como já se mencionou, as ILPIs não constituem a única modalidade de cuidados para a população idosa.²² Uma rede formal de suporte que incorpore a família e a comunidade e que possa contribuir para que os idosos tenham um atendimento mais qualificado deve ser pensada. Isso significa a criação de uma rede formada por centros-dias, hospitais-dias, centros de convivência, cuidado domiciliar formal e apoio ao cuidador familiar. No entanto, cada um desses serviços atende a necessidades diferenciadas e não eliminam a demanda por residência institucional.

3 AÇÕES DO GOVERNO FEDERAL

Como já mencionado, as principais ações de proteção social por parte do governo federal estão localizadas no âmbito da assistência social no MDS. O benefício assistencial de renda para idosos e deficientes – o Benefício de Prestação Continuada (BPC) – é oferecido no âmbito na proteção básica do Suas e os programas que dizem respeito aos cuidados de longa duração na proteção especial. Outras atividades que também dizem respeito a cuidados com idosos são realizadas pelo Ministério da Saúde, que, por intermédio do PSF, realiza atendimentos à população idosa em suas visitas domiciliares e institucionais. Também a SEDH atua neste eixo. Como parte do programa de prevenção à violência, ela oferece cursos de capacitação de cuidadores.

Nesta seção, descrevem-se algumas das ações realizadas no período recente pelo governo federal no tocante aos cuidados de longa duração. Serão abordados cinco eixos: *i*) cuidado institucional; *ii*) atuação do PSF nas instituições e no domicílio; *iii*) capacitação dos cuidadores familiares e institucionais; *iv*) alternativas de cuidado e promoção da saúde: centros-dia e centros de convivência; e *v*) fiscalização das ILPIs.

3.1 Cuidado institucional: as ILPIs

Ressalta-se que, no âmbito do governo federal, o cuidado institucional tem recebido baixa atenção, praticamente residual. Este caráter residual pode ser atribuído, em parte, às políticas que consideram que a família (mulher) vai cuidar do idoso frágil, à baixa proporção de idosos que apresentam dificuldades para as atividades da vida diária (15,2%),²³ aos altos custos, aos preconceitos associados ao idoso e à grande importância dada às políticas de envelhecimento ativo e saudável. As informações referem-se à previsão de atendimento. Esta importância é evidenciada aqui pelo maior número de centros-dias e/ou grupos de convivência cofinanciados pelo MDS.

22. O capítulo introdutório deste livro lista uma gama de alternativas de cuidado.

23. Segundo o *Suplemento de Saúde* da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008.

Embora as informações sejam relativas ao período 1999-2000, pode-se perceber, na tabela 1, o caráter residual atribuído às ILPIs no rol das ações para o segmento dentro da assistência social.

TABELA 1

Ações previstas para a população idosa no âmbito da assistência social – 1999/2000

Modalidade de serviço	Número absoluto		Distribuição percentual	
	Pessoas atendidas	Valor despendido (R\$)	Pessoas atendidas	Valor despendido
Asilar dependentes	9.361	6.848.757,40	3,5	27,2
Asilar independentes	9.453	4.767.258,76	3,6	18,9
Atendimento domiciliar dependentes	90	32.130,00	0,0	0,1
Atendimento domiciliar independentes	94	24.387,36	0,0	0,1
Grupos de convivência	245.708	13.497.020,28	92,8	53,6
Total	264.706	25.169.553,80	100,0	100,0

Fonte: Abigaill (sd).

A modalidade de atendimento mais importante, tanto em termos de recursos alocados quanto em termos de pessoas a serem atendidas, aqui incluídos os idosos dependentes e independentes, é a de grupos de convivência. Estes deveriam receber 53,6% do orçamento e atender 92,8% do total de pessoas a serem beneficiadas. Por outro lado, o cuidado asilar deveria absorver 46,2% dos recursos alocados para aquele ano e absorver 7,1% dos idosos a serem beneficiados. Esta discrepância se deve aos altos custos da segunda modalidade por envolver residência e pessoal mais especializado. Pela tabela mencionada, pode-se concluir que o cuidado domiciliar formal era praticamente inexistente.

O Levantamento Ipea encontrou 3.548 instituições no território nacional.²⁴ Estão incluídas aí as instituições em funcionamento, públicas, privadas com ou sem fins lucrativos, regulamentadas, com alvará ou não. Elas estão concentradas nas capitais e nos grandes centros urbanos. É grande o número de municípios brasileiros, 70,0% do total, que não contam com instituições. Esta proporção é mais elevada nas regiões Norte e Nordeste, conforme se pode ver pelo gráfico 1. Nessas duas regiões, menos de 10% dos municípios estão cobertos. Mesmo no Sudeste, onde a cobertura é mais elevada, 42,6% dos municípios não contam com nenhuma instituição. Algumas das explicações possíveis para a baixa cobertura são os altos custos que essa modalidade de cuidados acarreta, os preconceitos existentes com relação a ela e a legislação vigente, que impõe limites rígidos ao seu funcionamento.

24. O capítulo 7 deste livro apresenta uma análise mais detalhada das instituições brasileiras.

Foi constatado pelo Levantamento Ipea que a maioria das instituições brasileiras é privada filantrópica. Das 3.294 instituições que responderam à pesquisa, 65,2% são privadas filantrópicas; 28,2% são privadas com fins lucrativos. Apenas 170 instituições são públicas, ou seja, 5,2% do total. Das públicas, a maioria é municipal; constituem 88,4% das públicas localizadas nas regiões Nordeste e Sudeste.²⁵ Ressalta-se aqui a importância das instituições religiosas; constituem 52,8% e 40,0% das instituições estabelecidas nas regiões Nordeste e Sudeste, respectivamente. Dentre essas, destacam-se as vicentinas, que são responsáveis por aproximadamente 700 instituições em todo o Brasil.



Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS/CNPq.

O governo federal possui apenas uma instituição de residência para idosos. É o Abrigo Cristo Redentor, localizado no município do Rio de Janeiro. Embora pertença ao governo federal, de responsabilidade do MDS, que o financia, ele é administrado pelo governo estadual. O abrigo iniciou suas atividades em 1935 e acolhia, em meados de 2009, 298 idosos, sem cobrar nenhuma contribuição de seus residentes. A sua capacidade de abrigamento era de 300 pessoas. Oferecia serviços médicos, psicológicos, dentários, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, medicamentos, atividades educacionais e lazer.²⁶

A atuação do governo federal junto às ILPIs tem se dado via cofinanciamento e parcerias, como descrito. A pesquisa do Ipea perguntou às instituições sobre a existência de convênios com órgãos públicos e o valor do financiamento recebido, bem como sobre parcerias. A tabela 2 resume a situação das ILPIs brasileiras no tocante a essas questões.

25. Esse dado se refere apenas a essas duas regiões, pois essa informação não foi levantada nas demais regiões.

26. Resultados do levantamento mencionado.

TABELA 2

Brasil: número de ILPIs que declararam receber financiamento público segundo a região – 2007/2009

Regiões	ILPIs respondentes	ILPIs que declararam receber financiamento público	% de ILPIs com financiamento público
Norte	49	28	57,1
Nordeste	301	123	40,9
Sudeste	2.035	840	41,3
Sul	663	215	32,4
Centro-Oeste	246	138	56,1
Brasil	3.294	1.344	40,8

Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS/CNPq.

Das parcerias realizadas com os órgãos públicos, o financiamento público é mais importante. Das instituições que responderam à pesquisa, 40,8% declararam receber financiamento público. A proporção mais elevada foi observada na região Norte (57,1%) e a mais baixa no Sul (32,4%). Nas instituições que recebiam financiamento público, moravam aproximadamente 50,4 mil idosos, ou seja, 50,3% dos residentes no total das instituições dessas regiões.²⁷ Segundo o Levantamento do Ipea, o financiamento público constitui apenas 20,2% dos recursos das instituições. Se se considerarem apenas as filantrópicas, público-alvo do financiamento, este percentual não aumenta muito, passa para 21,9%.

Para as regiões Nordeste e Sudeste, foram coletadas informações sobre o tipo de parcerias, o que está listado na tabela 3. Observa-se que a principal parceira é a prefeitura municipal, sendo a principal forma o repasse financeiro. Salienta-se, no entanto, que, pelo menos, parte deste recurso deve ser originária do governo federal. Das instituições nordestinas, 26,6% declararam ter convênio direto com o governo federal. A proporção comparável para a região Sudeste foi de 31,0%. São elevadas também as proporções que mostram as parcerias com o Sistema S,²⁸ as universidades e associações religiosas. Entre os tipos de parceira, além do repasse financeiro, destacam-se também o fornecimento de medicamentos e a prestação de serviços médicos e de fisioterapia. Em geral, esses serviços são realizados por pessoal cedido ou por estagiários.

27. Para maiores detalhes, consulte o capítulo 7 deste livro.

28. Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio (SENAC), Serviço Social do Comércio (SESC), Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo (SESCOOP), Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai), Serviço Social da Indústria (Sesi), Serviço Social de Transporte (SEST), Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte (SENAT) e Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae), Serviço de Aprendizagem Rural (Senar), Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incrá), e Diretoria de Portos e Costas do Ministério da Marinha (DPC).

TABELA 3

Tipos e formas de parceria/convênio mantidos pelas ILPIs – 2007/2009

Tipo de parcerias	Nordeste		Sudeste	
	Número	%	Número	%
Declaram ter parcerias	199	67,0	1.169	59,7
Entidades				
Prefeitura (Secretarias Municipais)	148	74,4	976	83,5
Governo do Estado (Secretarias Estaduais)	42	21,1	396	33,9
Governo Federal	53	26,6	362	31,0
Hospitais particulares	7	3,5	43	3,7
Farmácias	10	5,0	114	9,8
Universidades e/ou faculdades	39	19,6	192	16,4
Escolas públicas e/ou particulares	21	10,6	76	6,5
Empresas e/ou comércio em geral	27	13,6	131	11,2
SESC/SENAC/Sesi/Senai	37	18,6	57	4,9
Associações religiosas	36	18,1	177	15,1
Outras associações (tipo Rotary, Lions Club, Maçonaria etc.)	21	10,6	139	11,9
Outros	26	13,1	157	13,4
Tipo parceria/convênio				
Repasses financeiros	134	67,3	821	70,2
Isenção de taxas	48	24,1	387	33,1
Serviços médicos	98	49,2	475	40,6
Serviços dentários	50	25,1	316	27,0
Serviços de fisioterapia	63	31,7	362	31,0
Serviços de terapia ocupacional	33	16,6	115	9,8
Serviços psicológicos	31	15,6	181	15,5
Serviços de fonoaudiologia	13	6,5	97	8,3
Fornecimento de medicamentos	90	45,2	549	47,0
Atividades educacionais	25	12,6	104	8,9
Atividades de lazer, de esporte e/ou culturais	43	21,6	198	16,9
Cursos diversos	19	9,5	91	7,8
Outros	47	23,6	242	20,7

Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS/CNPq.

3.2 A atuação do PSF nas instituições e no domicílio

Embora o PSF seja parte do SUS, que é universal, sua cobertura é ainda bastante baixa. Pela primeira vez, em 2008, o *Suplemento de Saúde* da PNAD levantou informações sobre o número de domicílios registrados no programa: são 27,1 milhões deles, o que representa 47,7% do total de domicílios brasileiros. Isto pode ser considerado um indicador de baixa cobertura do programa. Se se considerarem apenas os domicílios com um idoso, essa proporção não varia muito, 48,8%. Como esperado e mostrado na tabela 4, esta cobertura é bastante diferenciada segundo as regiões brasileiras. A mais alta cobertura é encontrada na região Nordeste, 67,3%,

e a mais baixa, no Sudeste, 36,0%. Quando a presença de pelo menos um idoso com dificuldades para a vida diária é considerada, a cobertura sobe para 52,6%, mas ainda é muito baixa. As diferenças regionais continuam na mesma direção.

TABELA 4

Brasil: proporção de domicílios registrados no PSF segundo as regiões – 2008

	Total	Com idosos residindo	Com idosos que têm dificuldades para AVDs
Norte	51,7	55,4	53,5
Nordeste	64,8	67,3	68,4
Sudeste	35,9	36,0	38,9
Sul	50,3	52,2	58,1
Centro-Oeste	49,1	53,9	57,5
Brasil	47,7	48,8	52,6

Fonte: IBGE/PNAD de 2008.

A pesquisa do Ipea constatou que 1.576 instituições brasileiras, 47,8%, recebiam visitas regulares ou esporádicas de equipes do PSF, também apontando para uma baixa cobertura do programa. Essa proporção varia segundo o regime jurídico das instituições e regiões, como pode ser visto na tabela 5. Por exemplo, mesmo nas instituições públicas, a cobertura não atinge 70%. Aproximadamente um quarto das instituições privadas com fins lucrativos recebe alguma visita do PSF. Quando a desagregação por regiões é observada, a mais elevada proporção é observada na região Centro-Oeste, 69,4%, principalmente, nas instituições públicas. A mais baixa cobertura é observada na região Sul, 38,0%, o que pode ser atribuído ao maior número de instituições privadas ali localizadas.

TABELA 5

Brasil: número e proporção de instituições que recebem a visita do PSF por regime jurídico segundo as regiões – 2007/2009

	Número				%			
	Pública	Filantrópica	Privada	Total	Pública	Filantrópica	Privada	Total
Norte	9	13	0	22	52,9	41,9	0,0	44,9
Nordeste	9	150	2	161	50,0	61,2	5,3	53,5
Sudeste	41	810	122	973	63,1	59,4	20,2	47,8
Sul	27	162	59	248	58,7	47,1	21,6	37,4
Centro-Oeste	61	108	3	172	84,7	65,9	25,0	69,4
Brasil	147	1.243	186	1.576	67,4	57,9	20,0	47,8

Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS/CNPq.

Um levantamento realizado, em 2008, junto às secretarias de assistência social e coordenadorias do idoso dos municípios com mais de 50 mil habitantes das regiões do Sul e do Sudeste, realizado pelo Centro Interdisciplinar de Assistência e Pesquisa em Envelhecimento (Ciape), mostrou que a modalidade de atendimento domiciliar ao idoso, também prevista pela legislação, tem sido realizada quase que exclusivamente pelas equipes do PSF. Além disto, dos 76 serviços identificados por esta pesquisa, poucos funcionavam com o atendimento especializado para a população de 60 anos e mais.

Apesar de o PSF ser apontado como uma das primeiras políticas públicas de apoio à família vulnerável, não existem diretrizes específicas para o atendimento ao idoso e menos ainda para o atendimento institucional. A população idosa é acolhida dentro de um atendimento mais amplo às famílias visitadas pelo programa. Além disso, não conta com o apoio de equipes de reabilitação, o que, no caso do idoso, é importante para garantir a sua funcionalidade, que é a tônica das políticas de saúde (GIACOMIN, 2008). Por exemplo, o Pacto pela Vida reconhece a população idosa como prioridade para o SUS e a funcionalidade como paradigma da saúde do idoso, mas não propõe meios para abordar a incapacidade já instalada. Isto reforça o que já foi apontado para a assistência social: a prioridade é dada, em geral, às políticas do envelhecimento ativo e saudável.²⁹

3.3 Capacitação dos cuidadores familiares e institucionais

A tônica do Ministério da Saúde tem sido a de valorizar o cuidado domiciliar, sugerindo que este seja realizado por pessoas da família, amigos próximos e vizinhos. Isto requer capacitação do cuidador. Como meta, esse ministério estipulou a capacitação de 65.800 cuidadores de pessoas idosas até 2011. Este trabalho tem sido feito em parceria com o MDS e operacionalizado pela rede de escolas técnicas de enfermagem do SUS. Além disso, em 2008, o Ministério da Saúde publicou 30 mil exemplares do Guia do Cuidador, distribuídos em todo o país, em capitais e municípios com mais de 500 mil habitantes, em todas as coordenações estaduais de saúde do idoso, escolas técnicas em saúde do SUS e organizações não governamentais (ONGs). A preocupação com a capacitação extrapolou o cuidador familiar e se estendeu aos que trabalham em ILPIs.

A SEDH, no seu programa de combate à violência contra a população idosa, também incluiu um programa de capacitação de cuidadores. Foram implantados 18 observatórios em quase todos os estados brasileiros. Um dos objetivos desta iniciativa é o de promover a capacitação do cuidador de idosos. Além disso, a SEDH organi-

29. As equipes de saúde da família (ESF) são compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. As equipes ampliadas (ESB) incluem, também, um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

zou e publicou um Manual de Cuidador do Idoso. Foram feitos 40 mil exemplares em papel e 2 mil CDs. Em 2008, capacitaram-se 550 gestores de ILPIs.

3.4 Alternativas de cuidado e promoção da saúde: centros-dia e centros de convivência

Uma das estratégias para o adiamento do início do aparecimento das fragilidades e incapacidades no idoso é reforçar sua autonomia e independência, promovendo também sua saúde. O atendimento nas modalidades de centro-dia e de centro de convivência tem sido apontado como uma das alternativas. No centro-dia, o idoso com vínculo familiar fica durante o dia em uma unidade na qual são prestados alguns serviços de cuidado, de saúde e oferecidas atividades de lazer e cursos diversos. O idoso retorna para casa para passar a noite. Essa modalidade de serviço tem sido vista como uma melhor alternativa à residência institucional por não haver quebra de vínculos familiares e por apresentar custo mais baixo. No entanto, ela se adequa apenas a idosos semidependentes e independentes com laços familiares.

É comum encontrar centros de convivência e centros-dia funcionando dentro das ILPIs. Centros-dia são pouco frequentes nos municípios brasileiros, o que pode ser atribuído a seu caráter mais novo. Já centros de convivência são mais facilmente encontráveis. Informações relativas a essas duas modalidades de serviços são mais escassas. De acordo com *Suplemento de Assistência Social* da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC), realizada em 2009, aproximadamente 4,1% dos municípios brasileiros contavam com centros-dia financiados em algum grau pelo MDS.³⁰ A maior proporção de municípios com centros-dia encontrava-se na região Sudeste, 6,8% (ver gráfico 2).

Os centros de convivência são voltados, principalmente, para atividades de lazer e convívio social e restringem-se, desse modo, a idosos independentes. Aproximadamente um quarto dos municípios brasileiros contava com esse tipo de atendimento em 2009. Isto só não se verificou nas regiões Norte e Nordeste. Nas regiões Centro-Oeste e Sul, os últimos estavam presentes em 42,3% e 33,0% dos municípios, respectivamente. A predominância de centro de convivências reflete, em especial, o baixo custo envolvido na manutenção desse tipo de modalidade³¹ e à

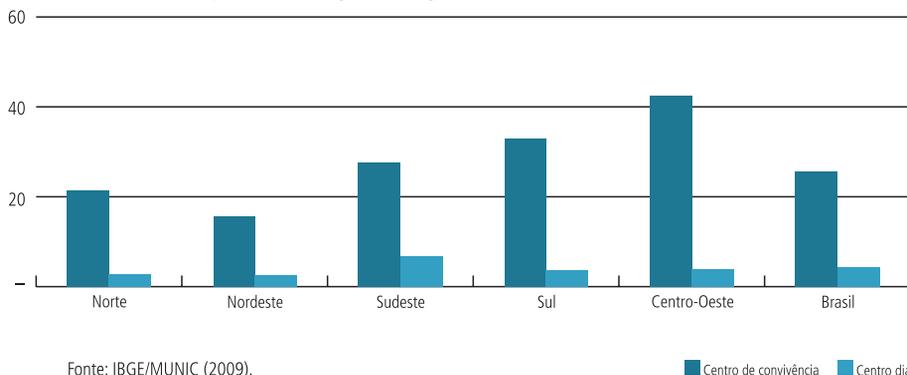
30. Para a MUNIC, centro-dia é uma instituição especializada na qual o usuário pode permanecer durante oito horas por dia, de acordo com as suas necessidades, onde são prestados serviços de atenção à saúde, fisioterapia, apoio psicológico, atividades ocupacionais, lazer, entre outros. O funcionamento do centro é preferencialmente diurno. Ou seja, não se sabe se as informações levantadas por essa pesquisa referem-se apenas a instituições para idosos. É possível que sim, pois não parece que esta modalidade de serviço atenda a públicos de outras idades.

31. O atendimento em centros de convivência prevê de quatro a oito horas semanais. Para a MUNIC, estes são locais destinados à permanência diurna onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania. Também não especifica se atende apenas ao público idoso.

valorização do envelhecimento saudável. A outra modalidade de atendimento é mais onerosa, pelo fato de o atendimento ser feito em um tempo mais longo e de atender também idosos dependentes, que requerem cuidados mais especializados.

GRÁFICO 2

Brasil: proporção de municípios que contam com centros de convivência, centros-dia cofinanciados pelo MDS segundo regiões – 2009



3.5 A fiscalização das ILPIs³²

A fiscalização das entidades de atendimento ao idoso é feita majoritariamente pelas vigilâncias sanitárias e pelo Ministério Público, com apoio dos conselhos municipais e estaduais do idoso, quando existentes. Como mencionado, a fiscalização das vigilâncias sanitárias está baseada na RDC nº 283, da Anvisa, o que não impede que muitas vigilâncias municipais tenham também suas próprias normas. A RDC regula sobre os recursos humanos necessários para o funcionamento das instituições, os aspectos físicos e operacionais das instituições, o que a faz ser considerada bastante rígida por parte de dirigentes de instituições.

No Brasil, existem 27 centros de vigilância sanitária estaduais e 23 municipais. Esses últimos são os responsáveis diretos pelas incursões às ILPIs e estão localizados nas seguintes cidades: Aracaju, Belo Horizonte, Brejo do Cruz (PB), Campo Grande, Florianópolis, Gaspar (SC), Goiânia, Guaxupé (MG), Iguatu (CE), Jaú (SP), Maceió, Manaus, Natal, Ourinhos (SP), Poços de Caldas (MG), Porto Alegre, Porto Seguro (BA), Recife, Rio de Janeiro, São Luís, São Paulo, Uberlândia (MG) e Vitória.³³

32. Conforme já se mencionou, uma análise mais detalhada a respeito da fiscalização das ILPIs pode ser encontrada no capítulo 8 deste livro.

33. Informação coletada em 22 de dezembro de 2009.

Resultado do empenho para a implantação da PNI, e do Estatuto, um grande número de conselhos vem sendo instituído nos municípios brasileiros nos últimos anos. Todos os estados brasileiros contam com conselhos do idoso. Em um total de 5.564 municípios, existiam conselhos em 1.393 deles, em 2005, o que representa uma cobertura de 25%.³⁴ De acordo com o Estatuto do Idoso, cabe aos conselhos acompanhar, fiscalizar e avaliar a PNI, no que tange a denúncias de violação dos direitos dos idosos.

4 COMENTÁRIOS FINAIS: DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÃO DE POLÍTICAS

Buscou-se neste capítulo descrever o marco jurídico e as ações do governo federal no que diz respeito ao cuidado com o idoso frágil. A Constituição de 1988 universalizou os benefícios da renda (previdência e assistência social) para os idosos, “desfamiliarizando” a responsabilidade com o seu sustento quando da perda da capacidade laborativa, mas deixou para a família a responsabilidade com o cuidado ao idoso frágil.

O cuidado às crianças, por outro lado, está bem estabelecido na Constituição de 1988. Nela afirma-se, por exemplo, que a educação é dever do Estado, incluindo aí o atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a seis anos de idade. Além disto, estabelece como um dos objetivos da assistência social o amparo às crianças e aos adolescentes carentes.³⁵

Considerando que a população muito idosa deverá crescer em ritmo elevado no futuro próximo, uma das questões que se levanta diz respeito às perspectivas de cuidados com os idosos frágeis. É difícil pensar que a família poderá continuar desempenhando seu papel tradicional de cuidadora. Mudanças na sua constituição, na nupcialidade e no papel social da mulher estão em curso na sociedade, em um contexto de níveis de fecundidade de sub-reposição. Isto pode levar a que a mulher tenha mais recursos financeiros para pagar pelo cuidado de seus membros dependentes, mas terá menos tempo para despender com este cuidado. Ressalta-se, portanto, a necessidade de o cuidado com idosos frágeis deixar de ser do domínio exclusivo da esfera familiar e ser dividido com o Estado e o mercado privado. Salienta-se que não se está sugerido aqui retirar da família toda a responsabilidade de cuidado com o idoso frágil, mas dividi-la com as outras esferas da sociedade.

Para isto, o primeiro passo é que o cuidado com a população idosa supere a esfera caritativa e se constitua um direito do cidadão. Apesar de, constitucionalmente,

34. Informações extraídas do *Suplemento sobre Assistência Social* da MUNIC, realizado em 2005.

35. Ver Artigo 203, item 2.

a assistência ser um direito social, no que tange à dimensão do cuidado, esse direito não se realiza em ações governamentais consistentes e articuladas. A política de assistência social no Brasil está concentrada em programas de transferência de renda. O que se requer, portanto, é a criação/ampliação de uma rede formal de suporte ao idoso incorporando a família, a comunidade e o Estado a fim de garantir uma melhor qualidade de cuidado para essa população.

Isto significa a criação de uma rede formada por centros-dia, hospitais-dia, centros de convivência e cuidado domiciliar formal. Cada uma dessas alternativas atenderia necessidades diferenciadas. No entanto, sempre haverá idosos totalmente dependentes, sem renda, que não constituíram família ou vivem em situação de conflito familiar, os quais necessitam abrigo e cuidados. Viver em uma instituição pode representar uma alternativa de apoio e, também, de proteção e segurança. Para isto, é importante, dentre outros fatores, que uma mudança de percepção com relação à moradia em uma instituição ocorra. Isto pode incentivar o aumento da oferta de instituições e acarretar uma melhora na qualidade dos serviços.

Ressalta-se, também, a necessidade de se reconhecer a importância do cuidador familiar, apoiá-lo e compensá-lo. Para Llyod-Sherlock (2004) isto não é apenas um assunto de justiça social. Ele alerta:

Necessitamos prestar mais atenção ao cuidado familiar por razões mais instrumentais, nós dependemos tanto dele, que não podemos assumi-lo como algo garantido. Também, acredita-se que mais deve ser feito para desenvolver abordagens inovativas que combinem cuidado informal com apoio do Estado, tais como programas de descanso para os cuidadores familiares (p. 12, tradução das autoras).

Isto significa ajudar as famílias a cuidar dos seus idosos, o que pode ser feito por meio de benefícios monetários, grupos de apoio, licenças/descanso, inclusão dos cuidadores no sistema de seguridade social, entre outras medidas.

Isto levanta uma questão importante: como financiar cuidados de longa duração num conjunto de restrição fiscal? Alguns países incorporaram este novo risco nos seus sistemas de seguridade (seguro obrigatório) e outros o financiaram com impostos gerais.³⁶ No caso brasileiro, não se pode pensar em um seguro obrigatório, pois aproximadamente a metade da força de trabalho não faz parte do mercado formal de trabalho. Também não se sabe que valor as contribuições deverão ter para cobrir os custos com o cuidado formal. Sugere-se aprofundar este debate considerando as possibilidades de um sistema de financiamento que possa atender essa demanda de forma eficiente e equitativa. As decisões deverão levar em

36. Ver Pasinato e Kornis (2009).

conta como conseguir recursos e como dividi-los. Também deve-se considerar qual a melhor alternativa: oferecer os serviços diretamente ou comprá-los? (MUISER; CARRIN, 2007).

O segundo ponto sugerido é que, ao mesmo tempo, esforços políticos devem ser feitos para prevenir ou adiar pelo maior tempo possível o aparecimento das doenças crônicas e a perda de funcionalidade entre a população idosa. Em outras palavras, é importante assegurar não só que mais pessoas atinjam a última fase da vida, mas, também, que estejam saudáveis quando chegarem lá. Entre tais políticas, destacam-se a promoção da saúde, acesso universal aos serviços de saúde e a consideração dos fatores econômicos, sociais, educacionais e ambientais nas condições de saúde.

Concluindo, o que se propõe é, em primeiro lugar, que cuidados com a população idosa frágil passem a ser vistos como um novo risco social a ser coberto pelo Estado. Isto significa que todos aqueles cujas famílias e redes sociais não podem oferecer cuidado apropriado devem ser cobertos pelos serviços públicos. Já se observa hoje, em várias partes do mundo, um consenso crescente segundo o qual os Estados têm obrigação de oferecer cuidados de longa duração e apoio social para as pessoas deficientes. Está sendo considerado como um direito humano básico e tem sido formalizado em acordos internacionais (MUISER; CARRIN, 2007).

Para isto, propõe-se um conjunto de ações articuladas, tais como renda, saúde, habitação e cuidado, que garanta a proteção para os idosos frágeis. Isto significa ampliar o sistema de seguridade social, adicionando um novo pilar, o quarto.³⁷ O ponto principal é considerar cuidados de longa duração como uma política por ela mesma, embora se reconheça que ela se sobrepõe a outras políticas públicas. Como fazer isto é um desafio para os formuladores de políticas. Não há alternativa única que se adeque a todos os países.

REFERÊNCIAS

- ANVISA. *RDC nº 283*, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: <www.portalsaude.gov.br>
- BRASIL. *Lei nº 10.741*, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>
- _____. *Decreto nº 1.948*, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Política Nacional do Idoso. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>
- _____. *Lei nº 8.742*, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>

37. Ver Pasinato e Kornis (2009).

_____. *Lei nº 8.842*, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>

_____. *Constituição Federal de 1988*. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. *Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não-esperados dos avanços da seguridade social rural*. Rio de Janeiro: Ipea, 2004 (Texto para Discussão, n. 1.066).

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1.131-1.141.

CAMARANO, A. A. *Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira*. Rio de Janeiro: Ipea, 2006 (Texto para Discussão, n. 1.179).

_____. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. In: NERI, A. *Idosos no Brasil – vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; SESC, 2007. p. 169-190.

_____. Cuidados de longa duração para a população idosa. *Sinais Sociais*, v. 3, p. 10-39, 2008.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L.; KANSO, S. Diagnóstico e desempenho recente das ações governamentais de proteção social para idosos dependentes no Brasil. In: CARDOSO JÚNIOR, J. C. *Brasil em desenvolvimento: estado, planejamento e políticas públicas*, v. 3. Brasília: Ipea, 2009.

_____.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CARDOSO JÚNIOR, J. C. Fundamentos sociais das economias pós-industriais: uma resenha crítica de Gosta Esping-Andersen. *BIB*, São Paulo, n. 56, p. 7, 2º semestre de 2003.

_____.; JACCOUD, L. Políticas sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal. In: JACCOUD, L. (Org.). *Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo*. Brasília: Ipea, 2005.

CASTRO, J. A. et al. A CF/88 e as políticas sociais brasileiras. In: CARDOSO JÚNIOR, J. C. (Org.). *A Constituição brasileira de 1988 revisitada: recuperação histórica e desafios atuais das políticas públicas nas áreas econômica e social*, v. 1. Brasília: Ipea, 2009.

COSTA, E. F. de A. *Análise de soroprevalência para as infecções pelos vírus das hepatites B e C em idosos residentes em asilos no município de Goiânia-GO*. 2004. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) – Universidade de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Goiânia, 2004.

DELGADO, G. C.; CARDOSO JÚNIOR, J. C. O idoso e a previdência rural no Brasil: a experiência recente da universalização. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, v. 1, p. 293-320, 2004.

DIOGO, M. J. d' E.; DUARTE, Y. A. de O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

DRAIBE, S. As políticas sociais brasileiras: diagnóstico e perspectivas. In: IPEA. *Para a década de 90: prioridades e perspectivas de política públicas*. Rio de Janeiro: Ipea, 1990.

ESPING-ANDERSEN, G. *Social foundations of post-industrial economies*. Oxford: Oxford University Press, 1999.

GIACOMIN, K. C. *Epidemiologia da incapacidade funcional em idosos na comunidade*: inquérito de saúde de Belo Horizonte e tradução e confiabilidade do instrumento de avaliação funcional SMAF no Projeto Bambuí. 2008. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

GROISMAN D. Asilos de velhos: passado e presente. *Estudos Interdisciplinares e Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 2, p. 67-87, 1999.

LLOYD-SHERLOCK, P. Ageing, development and social protection: generalizations, myths and stereotypes. In: LLOYD-SHERLOCK, P. (Org.). *Living longer: ageing, development and social protection*. London/New York: United Nations Research Institute for Social Development/Zed Books, 2004.

MDS/SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SNAS). *Política Nacional de Assistência Social* (PNAS). Brasília, 2004.

_____. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social* (NOB/Suas), Brasília, 2005.

MEDEIROS, M. *A trajetória do Welfare State no Brasil*: papel distributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990. Rio de Janeiro: Ipea, 2001 (Texto para Discussão, n. 852).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 810*, de 22 de agosto de 1989. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>

MPAS. *Portaria nº 2.854*, de 19 de julho de 2000. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>

_____. *Portaria nº 2.874*, de 30 de agosto de 2000. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>

_____. *Portaria nº 73*, de 10 de maio de 2001. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>

MUISER, J.; CARRIN, G. *Financing long-term care programmes in health systems – with a situation assessment in selected high-, middle- and low-income countries*. Geneva: WHO, 2007 (Discussion Paper, n. 6).

NERI, A. *Desenvolvimento e envelhecimento*. Campinas: Papyrus, 2006.

PASINATO, M. T.; KORNIS, G. *Cuidados de longa duração para idosos: um novo risco para os sistemas de seguridade social*. Rio de Janeiro, 2009 (Texto para Discussão, n. 1.371).

ABÓIA, J. Benefícios não-contributivos e combate à pobreza de idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 353-410.

SANTOS, W. G. *Cidadania e justiça*: política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

COMO AS FAMÍLIAS BRASILEIRAS ESTÃO LIDANDO COM IDOSOS QUE DEMANDAM CUIDADOS E QUAIS AS PERSPECTIVAS FUTURAS? A VISÃO MOSTRADA PELAS PNADs

Ana Amélia Camarano

Solange Kanso

1 INTRODUÇÃO

O cuidado familiar é fundamental para o bem-estar de qualquer grupo populacional, especialmente crianças e idosos. Esses dois grupos são bastante influenciados pelas relações de gênero. Na maioria das sociedades, as atividades de cuidado são desenvolvidas pelas mulheres, seja na família, cuidando de crianças, deficientes e idosos, seja no trabalho assalariado em instituições residenciais, hospitais etc. Consequentemente, quando o papel econômico e social das mulheres muda, isto pode ter um efeito importante na provisão de cuidados para a população idosa, especialmente o cuidado familiar (LLOYD-SHERLOCK, 2010).

Tem sido bastante documentado na literatura e na introdução deste livro que o processo de envelhecimento da população brasileira foi acompanhado de mudanças importantes no papel social da mulher, como resultado do aumento da sua escolaridade e inserção maciça no mercado de trabalho. Nos contratos tradicionais de gênero, a mulher desempenhava o papel de cuidadora e o cônjuge, o de provedor. Hoje, ela vem assumindo o papel de provedora, 40,9% da renda das famílias brasileiras em 2009 vinha das mulheres, mas continua também como a principal cuidadora dos membros da família.

Como se viu no capítulo de Camarano e Mello, neste livro, a legislação brasileira estabelece que a família seja a principal responsável pelo cuidado com os idosos. Por família entende-se mulher. Além das mudanças no papel da mulher, outras mudanças acompanharam o processo de envelhecimento. Modificações na composição da família e na nupcialidade também estão em curso no Brasil

desde a década de 1970. Ocorreram em paralelo com mudanças no sistema de valores, o que aqui significa um aumento do individualismo e da valorização da vida independente, o que resultou, entre outras coisas, no aumento do número de pessoas que vivem sozinhas. Além disso, o declínio nas taxas de fecundidade teve como consequência um número menor de crianças nas famílias brasileiras. Essas modificações podem enfraquecer os laços de solidariedade intergeracionais e já estão afetando a economia de cuidado.

Por outro lado, a redução da mortalidade nas idades avançadas tem levado a um crescimento mais acentuado da população nessas idades, a mais exposta a fragilidades próprias da velhice. Sintetizando, espera-se que o número de idosos que necessitam de cuidados prolongados aumente e a oferta de cuidadores familiares diminua. A questão discutida é se as famílias brasileiras serão capazes de manter o seu papel tradicional de principal cuidador dos idosos frágeis ou se novas alternativas deverão ser fornecidas pelo Estado ou mercado privado. Esta não é uma questão especificamente brasileira.

A população idosa aqui considerada é composta de pessoas com 60 anos ou mais de idade, conforme estabelecido pela Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso. Não é toda a população idosa que pode ser considerada demandante de cuidado. Assume-se neste trabalho que os idosos que demandam cuidados de longa duração são aqueles que experimentam algum tipo de dificuldade para realizar as atividades da vida diária (AVD) – alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro –, e aqueles que não têm renda suficiente para o seu sustento. A demanda por cuidado aumenta à medida que a idade avança. Considerar os idosos pobres ou aqueles que não conseguem arcar com a sua sobrevivência como demandantes de cuidados de longa duração é resultado da história de cuidados, o que é discutido por Christophe e Camarano neste livro. Os cuidados existentes eram os ofertados a idosos carentes e/ou em situação de abandono familiar, fruto da caridade.

As informações utilizadas neste capítulo são provenientes dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, 2003 e 2008 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes ao suplemento de saúde. O capítulo está dividido em cinco seções, sendo esta introdução a primeira. A segunda define os potenciais demandantes de cuidados de longa duração. Considera por demandantes os que têm dificuldades para as atividades da vida diária e os com carência de renda (idosos pobres). A terceira seção descreve como as famílias estão sendo organizadas para cuidar dos seus idosos. Perspectivas de médio prazo para a demanda de cuidados de longa duração (formal e informal) bem como de oferta de cuidadores familiares são projetadas na quarta seção, considerando quatro cenários. Finalmente, a quinta seção apresenta os comentários finais.

2 QUEM SÃO OS IDOSOS DEMANDANTES DE CUIDADOS?

2.1 A população idosa e muito idosa

A população idosa é definida aqui como aquela composta de pessoas com 60 anos ou mais de idade. É um grupo etário bastante heterogêneo, pois é constituído por pessoas com idades que variam de 60 a mais de 100 anos. Portanto, inclui indivíduos com graus diferenciados de autonomia, ou seja, idosos independentes e os muito dependentes que necessitam de cuidados permanentes. Como mencionado anteriormente, supõe-se que os demandantes de cuidados de longa duração são aqueles que experimentam algum tipo de dificuldade para realizar as atividades da vida diária como comer, ir ao banheiro e/ou tomar banho sozinhos. Estas limitações representam uma perda de autonomia e requerem um cuidador em tempo integral. Existem alguns autores que consideram como potenciais demandantes os idosos com 80 anos ou mais de idade.¹ Pessoas que não conseguem arcar com o seu sustento compõem o outro grupo de demandantes.

Projeções populacionais apontam para uma continuação do crescimento da população idosa e muito idosa, não obstante a redução do ritmo de crescimento da população como um todo. Isso é resultado da entrada da coorte dos *baby boomers* na última fase da vida e da queda nas taxas de mortalidade nessa faixa etária (*elderly boomers*). Atualmente, a redução da mortalidade está beneficiando mais as pessoas em idades avançadas, especialmente aquelas com idade superior a 80 anos. Sabe-se que ainda há muito espaço para o declínio na mortalidade de idosos e o aumento da esperança de vida. Por exemplo, se todas as causas de morte de idosos consideradas evitáveis forem eliminadas, a esperança de vida aos 60 anos aumentaria cerca de 7,2 anos. Isso significa que aos 60 anos de idade, um homem poderá viver mais 29,2 anos e uma mulher, 30,9 (ver CAMARANO; KANSO, 2010). Isso sugere a existência de um amplo espaço para o aumento deste indicador e, conseqüentemente, para o crescimento da população muito idosa.

Embora a expectativa de vida da população brasileira em idade avançada esteja aumentando e esteja acompanhada por uma melhoria nas condições de saúde, o número de idosos com perda de autonomia para as atividades do cotidiano tende a aumentar. Embora haja alguma evidência de uma redução na proporção de pessoas com dificuldades para as atividades da vida diária, isso pode não resultar em menos pessoas demandantes de cuidados. O envelhecimento da população expõe os indivíduos por um tempo maior a doenças crônico-degenerativas, o que resulta em um número crescente de indivíduos sem autonomia e independência. Em outras palavras, a tendência esperada é de um aumento na demanda por cuidados.

1. Ver, por exemplo, Ferreira (2007) e Redondo e Lloyd-Sherlock (2009).

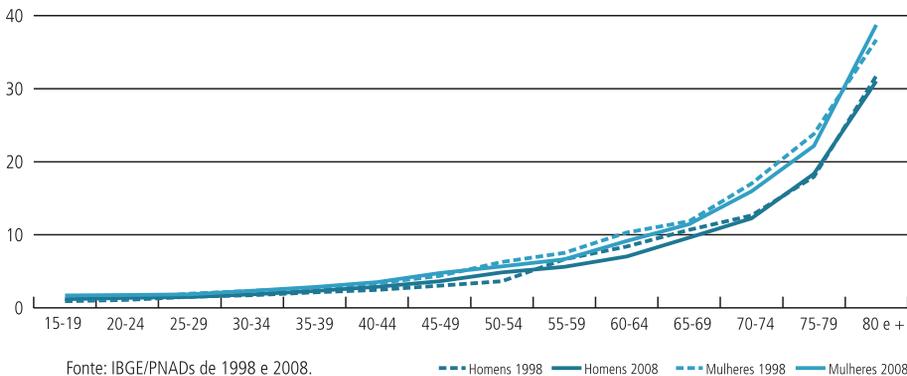
2.2 Potenciais demandantes de cuidados de longa duração

Pessoas com 60 anos ou mais que relataram ter dificuldades para realizar as atividades da vida diária são consideradas como uma *proxy* de possíveis demandantes de cuidados de longa duração, configurando o primeiro grupo, e os pobres como uma *proxy* para o segundo grupo.

O gráfico 1 apresenta a proporção da população brasileira que declarou ter alguma dificuldade para realizar suas AVDs (a demanda) em 1998 e 2008. Mostra que esta aumenta com a idade e é maior entre as mulheres comparativamente aos homens. Considerando o período 1998-2008, observa-se que um decréscimo nessas proporções para os homens com idades entre 60 e 69 anos e as mulheres de 60-64 anos. Quando se compara 1998 com 2003, no gráfico 2, observa-se um decréscimo na referida proporção para todos os grupos de idade, mais acentuado para homens e mulheres de 60 a 69 anos. Já quando a comparação é feita entre 2003 e 2008, observa-se um aumento nas referidas proporções em todas as idades, especialmente, entre 60 e 69 anos (ver gráfico 3). Para os homens, o aumento foi mais expressivo entre aqueles que tinham grandes dificuldades e para as mulheres entre as que não conseguiam realizar as atividades da vida diária (ver gráfico 4). Aumento na proporção de idosos com dificuldades para a atividade diária entre 2000 e 2006 foi constatado por Duarte *et al.* no capítulo 4 deste livro para o município de São Paulo, utilizando-se os dados da Pesquisa Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (Sabe).²

GRÁFICO 1

Proporção da população brasileira que declarou ter alguma dificuldade para realizar as AVDs segundo o sexo e grupos de idade



2. As autoras mostram que, em 2000, 19,2% dos idosos reportaram alguma dificuldade no desempenho das AVDs. Esta proporção aumentou para 26,6% em 2006. Por outro lado, a proporção de idosos que declarou ter três ou mais dificuldades aumentou de 5,6% para 12,0%.

GRÁFICO 2

Proporção da população brasileira que declarou ter alguma dificuldade para realizar as AVDs segundo o sexo e grupos de idade

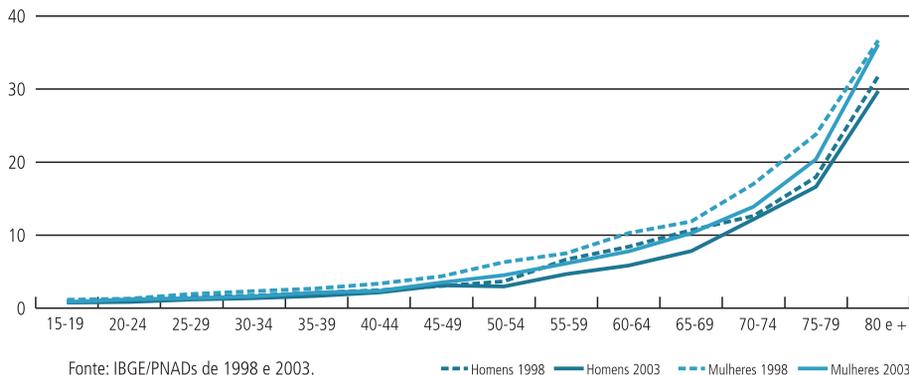


GRÁFICO 3

Proporção da população brasileira que declarou ter alguma dificuldade para realizar as AVDs segundo o sexo e grupos de idade

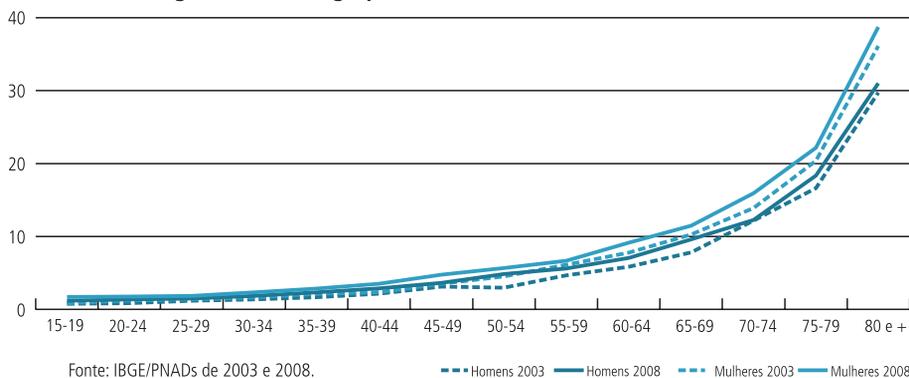
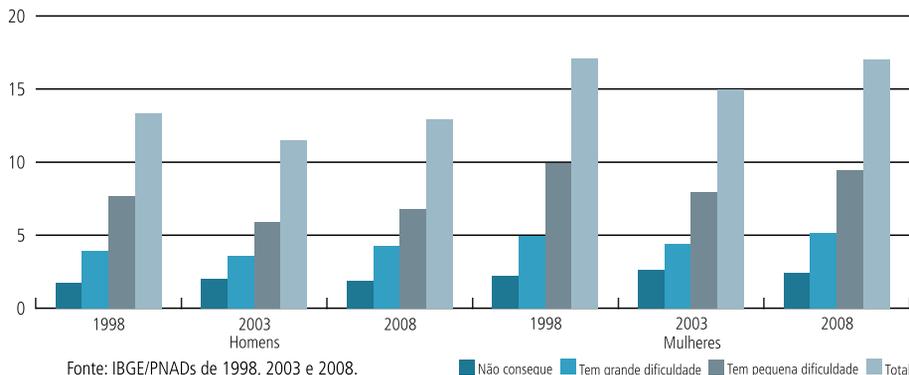


GRÁFICO 4

Brasil: proporção da população idosa segundo o grau de dificuldades para realizar as AVDs por sexo



Como resultado dessa variação, estima-se que, em 2008, 3,2 milhões de pessoas experimentavam dificuldades para as atividades básicas do cotidiano. Isto representa um aumento de 1,0 milhão de pessoas em 10 anos, o que é explicado pelo envelhecimento da população e também pelo aumento da incidência da falta de autonomia. Destes, cerca de 2,0 milhões (63,0%) eram do sexo feminino e 31,8% tinham mais de 80 anos. Isto caracteriza a demanda por cuidados como sendo preponderantemente feminina e formada por pessoas muito idosas.³

As dificuldades para lidar com as AVDs são muitas vezes resultantes de doenças crônicas. Num estudo feito para os Estados Unidos, observou-se que as principais doenças crônicas relacionadas à perda de capacidade funcional são artrite/reumatismo, doenças cardíacas e hipertensão.⁴ Em 2008, entre os idosos brasileiros com dificuldades para as AVDs, 88,0% relataram ter pelo menos uma das 12 doenças crônicas investigadas pela PNAD. Esta proporção foi de 85,5% para homens e 89,5% para as mulheres. Entre as principais doenças citadas, a mais importante foi a hipertensão, que afetou 58,9% dos idosos do sexo masculino e 66,6% dos do sexo feminino. Outras enfermidades relatadas, como artrite ou reumatismo, problemas na coluna, doenças cardíacas e diabetes também foram importantes. Além disso, 20,8% informaram que estavam acamados nas duas últimas semanas antes da pesquisa e 10,4% foram considerados pobres ou indigentes.⁵

O outro grupo de demandantes de cuidados de longa duração considerado é o composto de pessoas com carência de renda, ou seja, que não podem arcar com a sua sobrevivência. De fato, a modalidade de cuidado de que esse grupo necessita é abrigamento. O gráfico 5 apresenta a proporção da população considerada pobre ou indigente por idade segundo sexo em 1998 e 2008. Contrariamente ao que foi observado para a população com dificuldades para a vida diária, a proporção de pobres diminuiu com a idade nos dois anos considerados. Também declinou de forma expressiva entre 1998 e 2008. Outra diferença é que entre a população com dificuldades para a vida diária, as mulheres são a maioria dos demandantes. Quando a pobreza é considerada, os homens constituem a maior parte dos demandantes. Isto vai refletir na demanda por cuidados formais.

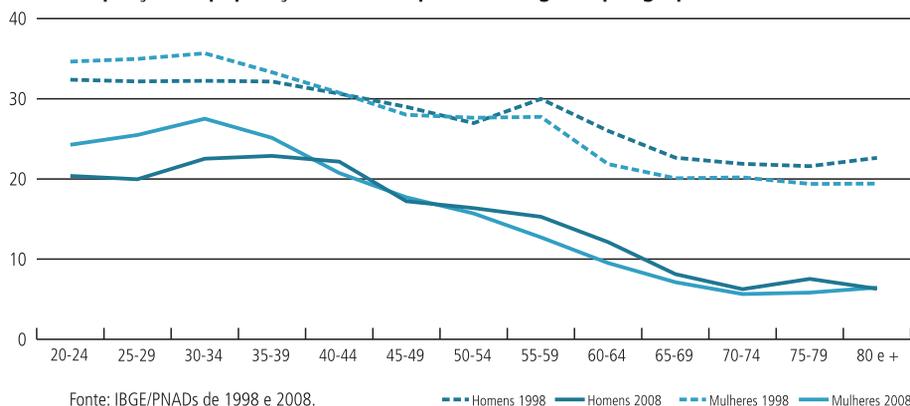
3. Entre a população muito idosa que demandava cuidados, 66,9% eram mulheres.

4. Citado por Lafortine e Balestat (2007).

5. Isso significa viver em famílias cuja renda mensal *per capita* está abaixo da linha da pobreza. Esta linha foi gentilmente cedida por Ricardo Paes de Barros. É calculada para todas as regiões brasileiras desagregadas por áreas rurais e urbanas, bem como as áreas metropolitanas. Dessa forma, não há um valor único. A linha de pobreza brasileira é a soma de todos os valores. Assumiu-se que aqueles que vivem abaixo da linha de pobreza não podem arcar com a sua sobrevivência.

GRÁFICO 5

Proporção da população brasileira pobre e indigente por grupos de idade e sexo



A tabela 1 apresenta uma estimativa para 1998, 2003 e 2008 dos potenciais demandantes de cuidados de longa duração segundo o tipo de demanda em números absolutos e em percentuais. Três categorias são consideradas: pobres e com dificuldades para as AVDs, não pobres e com dificuldades para as AVDs e pobres mas sem dificuldades. Considerando as três categorias, cerca de 4,3 milhões de demandantes de cuidados de longa duração foram encontrados em 2008. Este número aumentou entre 1998 e 2003 e diminuiu entre 2003 e 2008. Comparando 1998 e 2008, observa-se um decréscimo de aproximadamente 200 mil demandantes de cuidados. Isto ocorreu devido à substancial redução observada no número de pobres ou indigentes e que não têm dificuldades para realizar as AVDs. Este grupo foi reduzido à quase metade durante o período. Em 2008, compunha cerca de 6% da população idosa. Também o número de idosos que declarou ter dificuldades em suas atividades da vida diária e foram considerados pobres apresentou uma acentuada redução entre 1998 e 2008. Por outro lado, o grupo formado pelos idosos com dificuldades e que não eram pobres aumentou expressivamente durante o período e se tornou o maior contingente. As mulheres representavam aproximadamente 60% do grupo que demandava cuidados. Embora elas sejam maioria nas três categorias, essa proporção variou de 63,7% entre as não pobres e com dificuldades a 52,3% entre as pobres e sem dificuldades.

TABELA 1

Brasil: potenciais demandantes de longa duração segundo o tipo de demanda por sexo

	Homens			Mulheres			Total	
	1998	2003	2008	1998	2003	2008	1998	2008
	Números absolutos							
Com dificuldades para as AVDs e pobres	236.450	217.416	147.534	333.603	312.726	183.143	570.053	330.677
Com dificuldades para as AVDs e não pobres	564.053	609.868	979.239	937.909	1.057.720	1.720.875	1.501.962	2.700.114
Pobres e sem dificuldades para as AVDs	1.146.420	1.210.661	604.923	1.279.648	1.427.980	663.468	2.426.068	1.268.391
Total	1.946.923	2.037.945	1.731.696	2.551.160	2.798.426	2.567.486	4.498.083	4.299.182
	Proporções							
Com dificuldades para as AVDs e pobres	1,7%	1,3%	0,7%	2,4%	1,8%	0,9%	4,1%	1,6%
Com dificuldades para as AVDs e não pobres	4,1%	3,6%	4,7%	6,7%	6,3%	8,3%	10,8%	13,0%
Pobres e sem dificuldades para as AVDs	8,2%	7,2%	2,9%	9,2%	8,4%	3,2%	17,4%	6,1%
Total	14,0%	12,0%	8,3%	18,3%	16,5%	12,3%	32,3%	20,6%

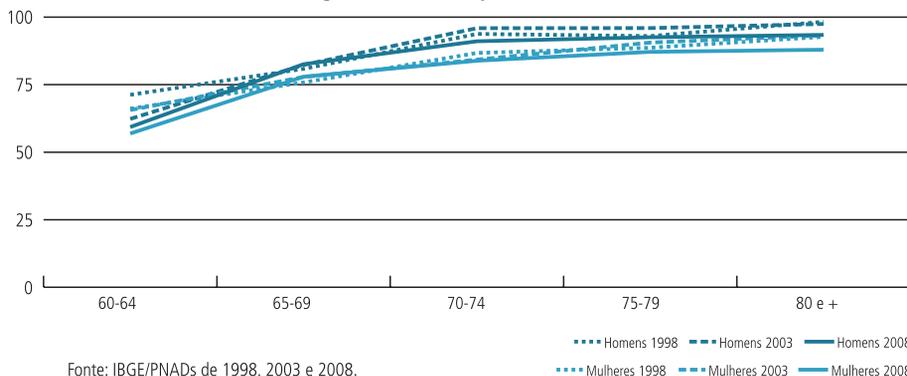
Fonte: IBGE/PNAD de 1998, 2003 e 2008.

Embora o número de idosos demandantes de cuidados tenha diminuído para ambos os sexos, aproximadamente 21% da população idosa ainda exigia algum tipo de atendimento, principalmente devido à falta de capacidade funcional. Neste caso, significa 15,2% desse total. Menos de 100 mil idosos viviam em instituições residenciais e/ou lares de idosos. Isto significa que as famílias são a principal instituição responsável por esse cuidado. A questão abordada é se essas famílias podem cuidar dos idosos de forma adequada. No estudo de Duarte *et al.*, no capítulo 4 deste livro, dos idosos que tinham dificuldades para as AVDs no município de São Paulo em 2006, 67% declararam não receber nenhuma ajuda para desempenhá-las. Esta proporção fora de 60,6% em 2000. Duarte, Lebrão e Lima (2005), com base nos dados da mesma pesquisa para 2000, concluíram que as necessidades da população idosa não foram devidamente atendidas pelas famílias e estas recebem pouca ajuda do governo. Como visto no capítulo de Camarano e Mello neste livro, não há programas governamentais destinados a ajudar as famílias no cuidado de seus membros dependentes.

Do que foi visto, parece que se pode concluir que grandes avanços nas políticas de renda foram obtidos ao longo dos dez anos estudados, mas muito mais deve ser ainda feito no que diz respeito à oferta de serviços de saúde e cuidados. Cerca de 85% das pessoas com dificuldade para realizar as AVDs recebiam pelo menos um benefício da seguridade social⁶ nos três anos considerados. Essa proporção aumenta com a idade e é maior entre os homens (ver gráfico 6). Em 2008, entre os muito idosos, 93,4% dos homens e 88,0% das mulheres recebiam algum benefício. No entanto, estas proporções declinaram no período considerado para ambos os sexos e todos os grupos etários, à exceção do de 65 a 69 anos.

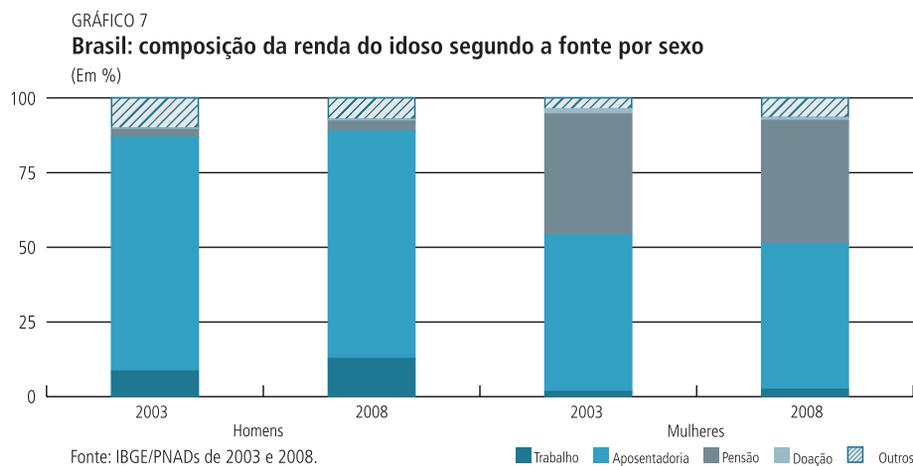
GRÁFICO 6

Brasil: proporção de idosos com alguma dificuldade para realizar as AVDs e que recebem benefícios da seguridade social por idade e sexo



6. Isso inclui benefícios contributivos, aposentadorias e pensões por morte, bem como os benefícios não contributivos, tais como o benefício de prestação continuada (BPC).

Como consequência da ampla cobertura da seguridade social, aproximadamente 90% da renda desses indivíduos eram provenientes da seguridade social nos dois anos considerados⁷ (ver gráfico 7). Esta proporção era maior entre as mulheres do que entre os homens nos dois anos, devido à importância das pensões por morte recebida por elas e à baixa proporção da renda do trabalho. A contribuição de doações de outros membros da família era bastante baixa: era maior entre as mulheres e diminuiu de 3,6% para 0,9% entre 2003 e 2008. A contribuição oriunda da renda do trabalho apresentou uma importância ligeiramente crescente para os homens. Foi responsável por 12,8% da sua renda em 2008.



3 COMO AS FAMÍLIAS BRASILEIRAS SE ORGANIZAM PARA CUIDAR DOS IDOSOS COM REDUÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL?

Esta seção busca inferir sobre a oferta de apoio familiar à população idosa que tem dificuldades para realizar as AVDs. Como mencionado em vários capítulos deste livro, o cuidado familiar informal é o predominante. É considerado um determinante expressivo para o bem-estar de qualquer grupo populacional, mas principalmente para crianças e idosos (LLOYD-SHERLOCK, 2010). Para as Nações Unidas, a coresidência com filho adulto é um elemento propiciador do apoio entre os membros da família. Isto é ainda mais importante quando o apoio requerido diz respeito à assistência para as AVDs.

Foi visto no capítulo 7 deste livro que a proporção idosos de residentes em instituições é muito baixa. De acordo com Duarte, Lebrão e Lima (2005), a proporção de idosos fragilizados que vivia com um cuidador não familiar no município

7. Só foram considerados os anos de 2003 e 2008 porque a PNAD de 1998 incluiu as informações sobre doações familiares no grupo "outros".

de São Paulo em 2000 também era muito baixa. Neste livro, Duarte *et al.* (2005) mostraram que os diferentes tipos de arranjos em que viviam os idosos de São Paulo supriam cerca de 50% das suas demandas. Em 2006, a maioria dos idosos com dificuldades nas AVDs (52,6%) vivia em arranjos familiares considerados “não continentes”, ou seja, formado por casais, apenas idosos corresidentes, idosos com netos ou moravam sós. Esta proporção foi mais elevada que a observada em 2000, o que significa cuidados não adequados.

A tabela 2 distribui a população idosa com dificuldades para as atividades diárias por arranjo familiar, utilizando uma aproximação da metodologia – utilizada por Duarte *et al.* neste livro – de arranjos “continentes” e “não continentes”.⁸ Foram considerados os anos de 1998, 2003 e 2008. O primeiro ponto a se destacar é que, embora a maioria dos idosos esteja residindo em arranjos considerados continentes, esta proporção decresceu ao longo do período analisado enquanto aumentou a proporção de idosos com dificuldades para as AVDs. Passou de 71,8% para 67,0%. Esse decréscimo foi resultado da diminuição da proporção de idosos residindo na modalidade “casal com filhos” que mais que compensou o aumento na proporção de arranjos chefiados por mulher seja com filhos ou com outros. A redução mencionada na proporção de arranjos continentes foi mais intensa entre os homens idosos, cuja proporção passou de 68,0% para 61,6%. Entre as mulheres passou de 74,1% para 70,1%. É provável que as mudanças aqui apontadas sejam resultado das modificações na nupcialidade: não casamentos, descasamentos e viuvez.

Os dados sugerem que as mulheres estavam em arranjos “mais propícios” ao cuidado familiar que os homens, mas são menos propensas a receber suporte da família do que eles. A proporção de mulheres que vivia em arranjos que contavam com “outros” foi de 47,5% e entre os homens foi de 32,6%. No entanto, como se pode ver na tabela 2 e é apontado na literatura, a principal fonte potencial de apoio dos homens idosos eram as cônjuges e para a mulher, os filhos, nos três anos considerados. Em 2008, enquanto a grande maioria dos homens idosos vivia com suas cônjuges, com ou sem filhos (76,9%), a proporção comparável para as mulheres foi de 43,2%. Por outro lado, 48,0% das mulheres viviam com filhos, independentemente da presença ou não de cônjuges. Essa proporção para os homens foi semelhante, 45,6%. A presença de parentes ou empregados domésticos vivendo em famílias que tinham idosos com dificuldades para a vida diária e que não tinham cônjuges e filhos foi encontrada em 12,8% dos domicílios onde o idoso demandante era do sexo masculino e em 27,3% no caso das mulheres idosas.

8. Idosos sozinhos morando “com outros” foram agrupados na categoria de arranjos continentes, assumindo que estes poderiam ser algum cuidador não familiar, empregada doméstica etc.

TABELA 2
BRASIL: distribuição proporcional dos idosos que declararam ter alguma dificuldade para realizar as AVDs segundo o arranjo familiar por sexo

	1998			2003			2008		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Continentes									
Casal sem filhos e outros	7,2	6,7	6,9	7,7	6,2	6,8	7,9	6,5	7,0
Casal com filhos	23,8	9,0	14,7	20,5	7,4	12,3	20,9	7,0	12,1
Casal com filhos e outros	24,5	19,7	21,5	20,7	18,9	19,6	20,0	15,4	17,1
Mãe com filhos e outros	2,1	12,5	8,5	2,7	14,7	10,2	2,9	13,9	9,8
Mulher sozinha e outros	1,4	12,0	7,9	2,5	11,4	8,0	2,3	11,7	8,2
Mãe com filhos	0,1	11,0	6,8	0,3	10,1	6,4	0,3	11,7	7,5
Homem sozinho e outros	2,4	2,6	2,5	3,0	3,3	3,2	2,5	3,5	3,1
Pai com filhos	3,3	0,1	1,3	3,7	0,0	1,4	2,6	0,0	1,0
Pai com filhos e outros	3,2	0,7	1,7	2,4	0,4	1,2	2,1	0,4	1,1
Total	68,0	74,1	71,8	63,5	72,3	69,0	61,6	70,1	67,0
Não continentales									
Casal sem filhos	23,7	12,2	16,6	26,5	12,5	17,8	28,2	14,4	19,5
Mulher sozinha	0,0	13,6	8,4	0,0	15,2	9,5	0,0	15,5	9,8
Homem sozinho	8,4	0,0	3,2	10,0	0,0	3,7	10,3	0,0	3,8
Total	32,0	25,9	28,2	36,5	27,7	31,0	38,4	29,9	33,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: IBGE/PNAD de 1998, 2003 e 2008.

A tabela 2 também mostra que a proporção de homens e mulheres que viviam em arranjos não continentais aumentou no período, principalmente para os homens. Neste caso, a maior parte do aumento foi ocasionada pelo crescimento de homens vivendo em arranjo do tipo casal sem filhos e sem outros. No caso das mulheres, o incremento foi devido tanto ao aumento no arranjo casal sem filhos quanto no de pessoas morando sós. Em 2008, 10,3% dos homens e 15,5% das mulheres com dificuldades para as AVDs declarou estar vivendo sozinho sem inclusive a presença de outros.⁹ A referida proporção é maior que a de mulheres vivendo na condição de casal sem filhos.

Se se comparar idosos vivendo em arranjos do tipo sozinho e com outros membros não familiares bem como o de casal sem filhos com ou sem outros, observa-se um acréscimo de 7,3 e 3,5 pontos percentuais (p.p.) nas referidas proporções para homens e mulheres, respectivamente. Isto significa uma redução na capacidade da família para cuidar de seus membros, o que já foi apontado por Camarano, Pasinato e Lemos (2007) e Camarano (2008). A consequência dessa redução é um aumento na demanda por serviços de cuidado formal, sejam públicos ou privados.

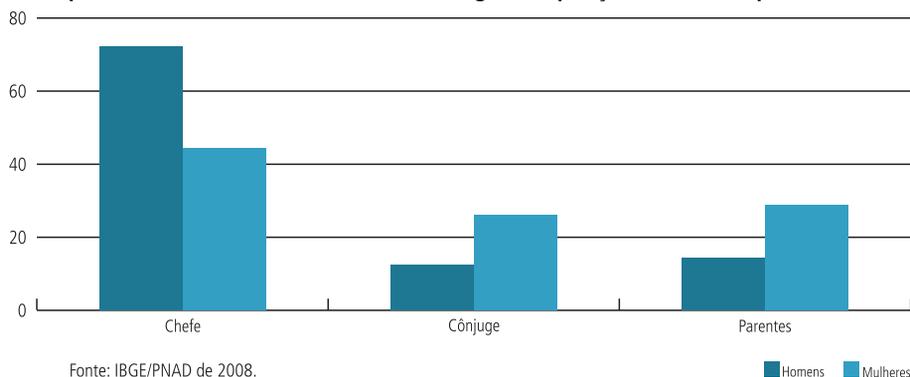
Os dados acima referem-se apenas aos domicílios particulares. Isto significa que as famílias cuidam ou “descuidam” de aproximadamente 3,0 milhões de idosos. O gráfico 8 mostra a posição no domicílio dos idosos que tinham dificuldades para realizar as AVDs em 2008. Os indicadores são expressivamente diferenciados por sexo. Enquanto 72,1% dos homens chefiavam suas famílias, somente 44,4% das mulheres foram encontradas nesta condição; 26,0% delas eram cônjuges. Por outro lado, enquanto 28,8% dos idosos do sexo feminino viviam em famílias na condição de outros parentes, a proporção comparável para os do sexo masculino foi de 14,3%. Esta forma de arranjo sugere alguma forma de dependência do idoso sobre a família, o que é mais acentuada entre as mulheres. É provável que esses idosos deixaram sua própria casa, procurando alguma forma de ajuda. Idosos com pouca autonomia que vivem sozinhos ou em casa de parentes pertencem ao grupo de pessoas mais expostas à violência familiar e/ou à residência institucional.¹⁰

9. Nesse caso, é possível que esse idoso tenha uma empregada doméstica ou cuidadora que não foi considerada residente.

10. Ver por exemplo: Branch e Jette (1982); Breeze, Sloggett e Fletcher (1999); Grundy e Jital (2007); Nihtila e Martikainen (2008); e Wolinsky *et al.* (1992).

GRÁFICO 8

Brasil: distribuição proporcional dos idosos que declararam ter alguma dificuldade para realizar as atividades da vida diária segundo a posição no domicílio por sexo – 2008



Outro recurso importante e necessário para o cuidado dos idosos é a renda. Como foi visto anteriormente, 84,9% dos homens idosos com dificuldades para as AVDs e 80,5% das mulheres recebiam algum tipo de benefício social. Isso confere a esses indivíduos algum empoderamento, mesmo quando eles vivenciam uma situação de fragilidade. Além disto, é importante ressaltar as diversas dificuldades que enfrentam os jovens brasileiros no seu processo de transição para a vida adulta. Estas dizem respeito especialmente à sua inserção no mercado de trabalho e à saída da casa dos pais.¹¹ Esses dois fatores têm afetado a configuração dos arranjos familiares. Por exemplo, em famílias compostas por idosos com dificuldades para as AVDs e na posição de chefes ou cônjuges, o número médio de membros é de 2,8 pessoas (ver tabela 3). São, portanto, famílias compostas por membros idosos e não idosos. De fato, em 42,2% dessas famílias residiam pelo menos um filho adulto.¹² Entre os filhos adultos, 37,6% não trabalhavam e não estudavam e 7,6% apenas estudavam. Eles provavelmente contavam com a renda dos pais para o seu sustento e em contrapartida deviam oferecer alguma ajuda para eles.¹³ Como resultado, a participação da renda do idoso demandante de cuidado na renda dessas famílias foi de 54,6% e a contribuição equivalente dos filhos adultos foi de 19,9%. Isso sugere que esses idosos deviam precisar de ajuda, mas também proveem alguma, pelo menos em termos financeiros. Pergunta-se: quem é dependente deste tipo de arranjo?

11. Para mais detalhes, ver: Camarano, Mello e Kanso (2006), entre outros.

12. Pessoas com 21 anos ou mais de idade.

13. Curiosamente, Corrêa, Queiroz e Rezende (2010) encontraram para o município de São Paulo que os familiares e amigos do idoso que trabalham têm uma chance maior de cuidar do idoso do que os que não trabalham.

TABELA 3

Brasil: algumas características dos domicílios com idosos com dificuldades para as AVDs – 2008

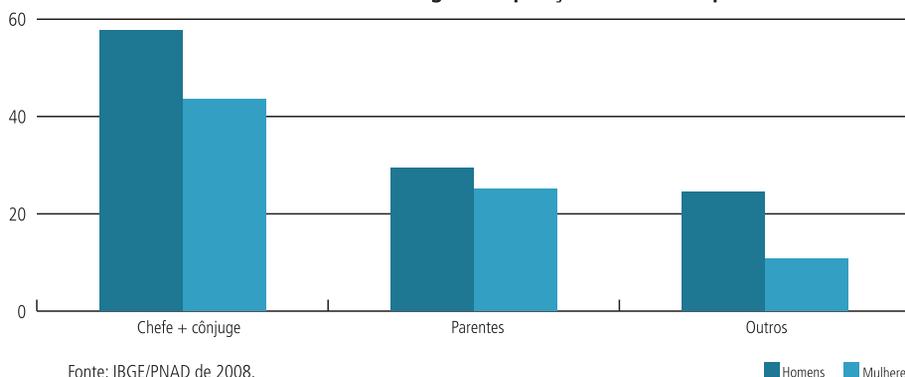
Características	
Tamanho médio do domicílio	2,8
% de domicílios com filhos adultos (21 anos ou mais)	42,2
% de filhos adultos que trabalham	59,7
% de filhos adultos que estudam	7,6
% de filhos adultos que não estudam e não trabalham	37,6
Contribuição da renda do idoso com dificuldades na renda domiciliar	54,6
Contribuição da renda dos filhos adultos na renda domiciliar	19,9

Fonte: IBGE/PNAD de 2008.

Os dados do gráfico 9 sugerem que mesmo os idosos demandantes de cuidados que viviam nas casas dos seus filhos, sogros ou outros parentes contribuía para a renda desses domicílios. Os homens idosos contribuía com cerca de 30% do total da renda e as mulheres com um quarto desta. Provavelmente buscaram ajuda na casa dos filhos ou outros parentes, mas também ofereciam alguma ajuda. De fato, pode-se inferir que essa forma de arranjo é um sistema de transferência intergeracional de duas vias mediado pelas políticas públicas, no caso a seguridade social. Ter um benefício ou alguma renda pode ajudar o idoso a receber o cuidado da família.

GRÁFICO 9

Brasil: contribuição percentual da renda dos idosos que declararam ter alguma dificuldade para realizar as AVDs na renda domiciliar segundo a posição no domicílio por sexo – 2008



Resumindo, parece que os homens com dificuldades para as AVDs podem esperar serem cuidados por suas cônjuges e as mulheres, por seus filhos. No entanto, enquanto isso é observado para 76,9% dos idosos do sexo masculino, apenas metade

das mulheres idosas residia com filhos. Ou seja, elas são as principais cuidadoras, mas são menos propensas a receber cuidados familiares. Este é um dos fatores que ajudam a explicar por que, em geral, as mulheres predominam nas instituições de longa permanência.

4 ALGUNS CENÁRIOS SOBRE AS NECESSIDADES DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO NO FUTURO PRÓXIMO

4.1 Fundamentação teórica sobre a demanda de cuidados

Acredita-se que se pode esperar um aumento da demanda por cuidados de longa duração formal no Brasil devido, em primeiro lugar, ao envelhecimento da população idosa e à redução da oferta de cuidadores familiares já em curso. Isso se deve ao declínio da mortalidade nas idades avançadas, à redução da fecundidade, a mudanças na nupcialidade, nos arranjos familiares e ao aumento maciço da participação das mulheres no mercado de trabalho. Além disso, deve ser considerada também a migração de jovens adultos, que reduz os laços intergeracionais.

Além disto, as dinâmicas demográfica e familiar não são os únicos fatores que explicam o aumento na demanda por cuidados de longa duração. Melhorias nas condições de saúde funcional da população idosa podem anular parte dos efeitos potenciais do envelhecimento. No entanto, pensar nas tendências futuras da capacidade/incapacidade funcional dos idosos brasileiros é difícil porque as informações disponíveis referem-se a apenas três pontos no tempo. Além disso, a tendência mostrada não é clara: essa capacidade melhorou entre 1998 e 2003 e piorou entre 2003 e 2008.

No debate internacional não há consenso com relação às condições futuras de saúde funcional da população idosa. Epidemiologistas e gerontólogos divergem com relação à “expansão ou compressão da morbidade” entre as pessoas mais velhas (FRIES, 1989 citado em JACOBZONE; CAMBOIS; ROBINE, 2000-2001). A primeira situação ocorreria se o declínio da mortalidade não for seguido de uma redução semelhante na morbidade, o que aumentaria o número de anos vividos com incapacidades. Isto se deveria à redução da mortalidade de pessoas com saúde debilitada e ao aumento da prevalência de doenças decorrentes da idade avançada, tais como demências (GRUENBERG, 1977, citado em LAFORTINE; BALESTAT, 2007).

A segunda situação aponta para o oposto. Ocorreria se a redução da morbidade for maior do que o declínio na mortalidade. Isto significa que não apenas o número de anos vividos é maior, mas também que esses anos seriam vividos com boa saúde. Outro ponto de vista considera a possibilidade de um “equilíbrio

dinâmico”, que pode ser traduzido por um aumento da esperança de vida vinculado a uma expansão de morbidade e incapacidade leve, mas com uma redução de morbidade e incapacidade grave, devido a melhorias na saúde e aumento do uso de tecnologias assistivas (MANTON, 1982; FREEDMAN; MARTIN, 2000; ROBINE; MORMICH; SERMET, 1998, citados em LAFORTINE; BALESTAT, 2007).

É possível, também, prever outras situações intermediárias em que um aumento na prevalência de algumas doenças crônicas seria acompanhado de uma redução de incapacidades a elas relacionadas, devido a melhorias no diagnóstico e tratamento dessas doenças. Isso resultaria em um número maior de pessoas experimentando tais doenças, mas sem comprometimento funcional, o que foi sugerido por Freedman e Martin (2000) e Robine, Mormich e Sermet (1998), Freedman e Martin (2000) e Robine, Mormich e Sermet (1998) citados em Lafortine e Balestat (2007).

Lafortine e Balestat (2007) estudaram a evolução temporal da capacidade funcional de idosos residentes em 12 países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e encontraram evidências de um declínio de incapacidade severa em apenas cinco deles: Dinamarca,¹⁴ Finlândia, Itália, Países Baixos e Estados Unidos. Em três países, Bélgica, Japão e Suécia, foi encontrado um aumento da taxa de incapacidade grave entre pessoas com 65 anos ou mais durante os últimos dez anos. Idosos de dois países, Austrália e Canadá, não mostraram variação na taxa mencionada. As medidas para França e Reino Unido foram baseadas em pesquisas diferentes, que apontaram diferentes taxas de incapacidade funcional entre idosos, impossibilitando qualquer conclusão definitiva sobre as tendências na incapacidade funcional dos idosos desses dois países.

Informações sobre a prevalência de doenças crônicas que podem constituir em fatores de risco para incapacidade funcional mostraram um crescimento desta em graus diferenciados para os idosos de todos os países estudados. Foi salientado, no entanto, que esse aumento pode ser parcialmente explicado por mudanças ocasionadas pelo avanço da tecnologia médica e pela maior cobertura dos serviços de saúde. Isto pode resultar em que mais pessoas reportem estar experimentando tais doenças sem ter ocorrido nenhuma mudança real nessas condições (LAFORTINE; BALESTAT, 2007).

Para o Canadá, onde informações sobre incapacidade funcional por nível de escolaridade estão disponíveis, foi encontrado que a proporção de pessoas com mais de 65 anos que tinham dificuldades para as AVDs e com escolaridade abaixo da

14. Nesse caso, só foi considerada limitação funcional.

high school era quase duas vezes mais elevada do que a encontrada para pessoas na mesma idade e com escolaridade mais elevada. Esta mesma diferença foi encontrada em 1998 e 2003 (LAFORTINE; BALESTAT, 2007).

Uma das principais implicações para políticas públicas que pode ser extraída das conclusões do trabalho de Lafortine e Balestat (2007) é que assumir reduções futuras na prevalência de incapacidade grave entre idosos é uma questão puramente empírica. Por outro lado, mesmo que as taxas de prevalência de incapacidade diminuam como resultado de melhorias na prevenção e na promoção da saúde, o envelhecimento da população e o aumento da esperança de vida podem resultar em um número crescente de pessoas com idades avançadas e com incapacidades grave que necessitem de cuidados de longa duração. Sintetizando, pode-se esperar uma grande variedade de cenários com respeito à capacidade funcional dos futuros idosos e à demanda por cuidados.

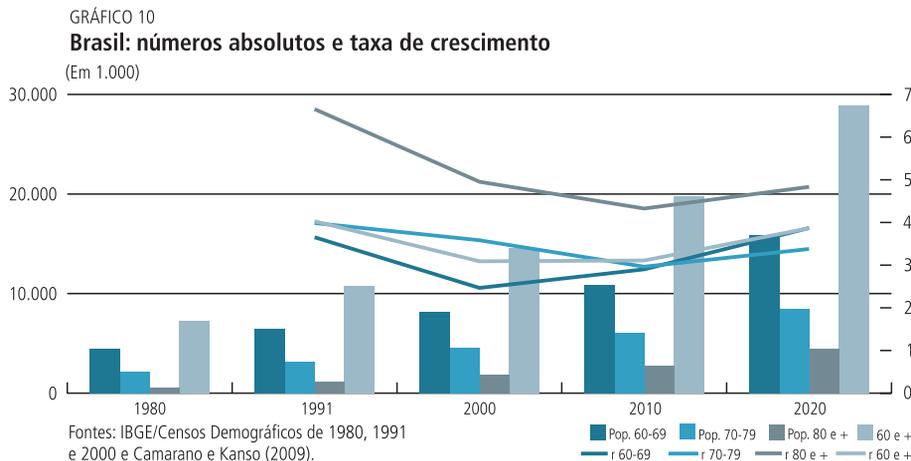
4.2 Os potenciais demandantes de cuidados de longa duração

A maioria das projeções atuais sobre a demanda de cuidados de longa duração considera o tamanho projetado da população alvo e sua distribuição por idade e sexo. Mais recentemente, cenários alternativos sobre o desenvolvimento de incapacidade e de capacidade funcional foram incorporados às projeções (MURRAY; LOPEZ, 1997; OCDE, 2006, LAFORTINE; BALESTAT, 2007). Esta subseção apresenta dois cenários de potenciais demandantes de cuidados de longa duração no Brasil para 2020. Foram considerados o crescimento já projetado para a população idosa (ver CAMARANO; KANSO, 2009) e duas hipóteses sobre a capacidade funcional desta população. Enquanto se tem certeza sobre o crescimento acentuado da população idosa nesta década, se tem dúvidas sobre as condições de saúde dos sobreviventes e sobre seus arranjos familiares.

O gráfico 10 apresenta os valores absolutos e as taxas de crescimento da população idosa desagregados por idade entre 1980 e 2020. Mostra não só um aumento da população idosa, mas também uma mudança na sua composição etária, ou seja, um crescimento mais acentuado da população muito idosa (80 anos ou mais). Isto já foi apontado por muitas projeções de população.¹⁵ Considerando o total da população idosa, de 60 anos ou mais, pode-se esperar um aumento de 9,1 milhões neste contingente entre 2010 e 2020, o que resultaria em uma taxa de crescimento anual de 3,1% no período. A população muito idosa é a que deverá apresentar as maiores taxas de crescimento, 4,3% ao ano (a.a.) e um contingente de

15. Ver, por exemplo: IBGE (2008), Camarano e Kanso (2009).

4,5 milhões em 2020. Passará a representar aproximadamente 16% da população idosa.¹⁶ É esse o contingente mais exposto às fragilidades da idade. Além de uma população idosa mais envelhecida, espera-se, também, uma proporção maior de mulheres, 56,0% da população de 60 anos ou mais e 60,5% da de 80 anos ou mais. Como se viu anteriormente, embora as mulheres vivam mais que os homens, elas passam por um período de tempo maior expostas às doenças crônicas e às incapacidades daí decorrentes.



Como mencionado anteriormente, a questão levantada neste trabalho diz respeito às condições que esses sobreviventes experimentarão em termos de autonomia para as atividades diárias e de cuidados. Por questões metodológicas, dois cenários são construídos para cada uma das duas situações: falta de autonomia e perspectivas de cuidado familiar.¹⁷ No que diz respeito à capacidade funcional,¹⁸ o primeiro cenário assume que a proporção de idosos com dificuldades para a vida diária permanecerá constante no mesmo nível observado em 2008. Já o segundo pressupõe que essas proporções irão diminuir anualmente num ritmo 50% inferior ao ritmo da redução observada para a Grã-Bretanha no período 1995-2002.¹⁹ A queda verificada na proporção de pessoas com 65 anos ou mais que relataram ter

16. Fora 8,6% em 2000.

17. Este método já foi utilizado em algumas projeções da OCDE. Ver, por exemplo, Lafortine e Balestat (2007). As projeções para a oferta de cuidados familiares estão apresentadas na subseção 4.4.

18. É considerada a proporção de pessoas que têm alguma dificuldade para realizar as AVDs, como ir ao banheiro, comer e tomar banho, conforme definido pela PNAD.

19. Esta variação é bem mais alta do que a observada para o Brasil entre 1998 e 2008. Ou seja, pode-se estar superestimando a melhoria nas condições de autonomia da população idosa brasileira.

alguma dificuldade para realizar as AVDs básicas foi de 2,6% e 1,6% para homens e mulheres, respectivamente. Na verdade, as mulheres britânicas de 70 a 74 anos e os homens de 75 a 79 anos declararam um aumento na mencionada proporção, o que não foi considerado na projeção aqui realizada. Assumiu-se a variação observada do grupo anterior. As proporções foram desagregadas por sexo e idade. Como os dados para a Grã Bretanha consideram a população de 65 anos ou mais, utilizou-se a mesma variação do grupo 65-69 anos para o de 60 a 64 anos. Essa metodologia permitirá analisar o impacto dos fatores demográficos e da capacidade funcional na demanda por cuidados. Ambos os cenários assumem que o impacto de outros fatores será constante.

A tabela 4 apresenta os resultados para os dois cenários realizados para 2010, 2015 e 2020. Se não for constatada uma melhora contínua nas condições de saúde da população idosa nos próximos 12 anos, pode-se esperar cerca de 4,5 milhões de idosos com dificuldades para as AVDs em 2020, o que representa um acréscimo de 1,3 milhão em relação ao contingente observado em 2008. E, destes, 62,7% seriam do sexo feminino.

TABELA 4

Brasil: alguns cenários projetados para a população idosa e idosos com dificuldades para a vida diária por 1000

	População 60+			Idosos com dificuldades para a vida diária					
				Cenário 1			Cenário 2		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
2010	8.753	10.992	19.745	1.139	1.883	3.021	1.091	1.842	2.934
2015	10.498	13.287	23.785	1.373	2.291	3.664	1.178	2.121	3.299
2020	12.683	16.169	28.852	1.675	2.817	4.492	1.287	2.466	3.753

Fonte: Elaboração das autoras.

Por outro lado, se a proporção de idosos com incapacidade funcional diminuir como resultado de melhorias nas condições de saúde e de vida em geral, provavelmente cerca de 3,8 milhões de idosos vão precisar de cuidados de longa duração em 2020, um valor também superior ao observado em 2008. As mulheres também deverão predominar nesse grupo, cerca de dois terços deste. Mesmo no segundo cenário, quando se pressupõem melhorias nas condições de saúde, estas não compensariam o crescimento demográfico previsto para o período 2010-2020. Reduziriam seu impacto em até 740 mil demandantes de cuidados de longa duração em 2020. Estes resultados ressaltam a necessidade de políticas que previnam ou adiem o início da perda de capacidade funcional entre idosos brasileiros.

4.3 Perspectivas dos idosos de serem cuidados por suas famílias: oferta de cuidadores do sexo feminino – visão teórica

O declínio da fecundidade mencionado anteriormente resultou em uma diminuição do número de filhos por mulher, o que tem sido apontado na literatura como um dos fatores redutores da oferta de cuidadores familiares. Carvalho e Wong (2008) projetaram para 2025 uma redução no número de filhos sobreviventes com que as mulheres idosas poderão contar como fonte de apoio. Esse número deverá passar de uma média de cinco para três filhos, se as taxas de fecundidade e mortalidade permanecerem constantes. No entanto, reconhece-se que um grande número de filhos não garante assistência na velhice (DEBERT, 1999). Segundo Goldani (1999), a troca de apoio entre pais e filhos nem sempre é regida por normas de reciprocidade e equidade. Algumas vezes os filhos não adquirem independência financeira, mantendo-se dependentes de seus pais idosos. Já foi apontado na literatura e também sugerido neste trabalho que os jovens brasileiros têm enfrentado grandes dificuldades no seu processo de transição para a vida adulta, o que tem resultado em uma inversão na relação de dependência esperada. Ou seja, pais idosos continuam sendo os provedores, mesmo quando são funcionalmente dependentes.²⁰ Quando os filhos têm filhos, o cuidado com estes compete com o cuidado ao idoso. Por outro lado, o declínio da oferta de cuidados por parentes próximos, como filhos, sobrinhos, irmãos pode ser pelo menos parcialmente compensada pela oferta de enteados e maiores probabilidades de sobrevivência dos cônjuges.

Além da queda da fecundidade, mudanças na nupcialidade e nos arranjos familiares podem afetar a oferta de cuidado familiar. Por exemplo, espera-se que um maior número de casamentos resulte em uma menor atenção familiar. Corrêa, Queiroz e Rezende (2010) encontraram que o idoso que se casou apenas uma vez tem uma chance maior de receber níveis mais elevados de atenção do que o que se casou duas ou mais vezes. Se as mudanças na nupcialidade já estão afetando o cuidado dos idosos de hoje, pode-se esperar um impacto ainda maior para os futuros idosos, dadas as transformações mais expressivas na nupcialidade e nos arranjos familiares em curso atualmente.

De acordo com Giacomini, Uchoa e Lima-Costa (2005), o cuidador é a pessoa que ajuda o idoso a exercer suas AVDs. Em geral, é uma mulher. Às vezes, o cuidador é idoso e experimenta problemas de saúde. Em grande parte, são as cônjuges que cuidam de seus maridos e, quando eles morrem, passam a ficar dependentes apenas dos filhos, o que reduz a chance de receberem cuidado familiar. O que

20. Ver, por exemplo: Delgado e Cardoso Júnior (2004), Camarano e El Ghaouri (1999, 2003), Camarano *et al.* (2004), Camarano (2006) etc.

ocorre é que elas não são fisicamente ou emocionalmente preparadas para isso. É comum também que filhos não casados cuidem de pais idosos, o que independe do sexo da pessoa cuidada (ver GLASER; GRUNDY, 2002). Para Corrêa, Queiroz e Rezende (2010), amigos e familiares casados têm mais chances de oferecer cuidados que os não casados. Outros autores mostraram que dentro de um mesmo grupo familiar, o apoio prestado varia de acordo com o indivíduo (CORRÊA; QUEIROZ; REZENDE, 2010).

O cuidado de parentes próximos pode afetar a vida dos cuidadores no que diz respeito a recursos físicos, psicológicos e monetários, bem como sua rotina. Cuidar de uma pessoa idosa é dar continuidade a uma relação de vida, em geral, complexa. A relação de cuidado é composta por sentimentos contraditórios, como amor e ódio, cooperação e rivalidade, inveja, vingança, punição e outros tipos de sentimentos que afetam e são afetados pelas condições financeiras (Neri, neste livro). Sintetizando, ter constituído uma família (ter filhos e/ou cônjuges) por si só não é uma garantia de ser cuidado na velhice.

Apesar disto, é importante medir, em algum grau, a capacidade da família de oferecer cuidados. Alguns exercícios são encontrados na literatura. Por exemplo, Wong, Carvalho e Perpétuo (2005) estimaram uma relação de apoio com base na composição etária, que é a relação entre potenciais demandantes de cuidados e potenciais cuidadores.²¹ Observaram que esta passou de 13,2% para 21,1% entre 1950 e 2000 indicando um aumento da demanda de cuidados relativamente à oferta de cuidadores.

Ferreira (2007) definiu os potenciais cuidadores familiares como todas as mulheres com idade entre 18 e 79 anos que não têm qualquer deficiência e vivem no mesmo domicílio do idoso deficiente. Por demandantes, considerou os idosos com 60 anos ou mais de idade que relataram portar algum tipo de deficiência no Censo Demográfico de 2000. A autora projetou um aumento no número de demandantes e uma redução no de cuidadores potenciais. A relação demandantes/cuidadores poderá aumentar de 2,07 em 2000 para 2,13 ou 2,22 em 2015.

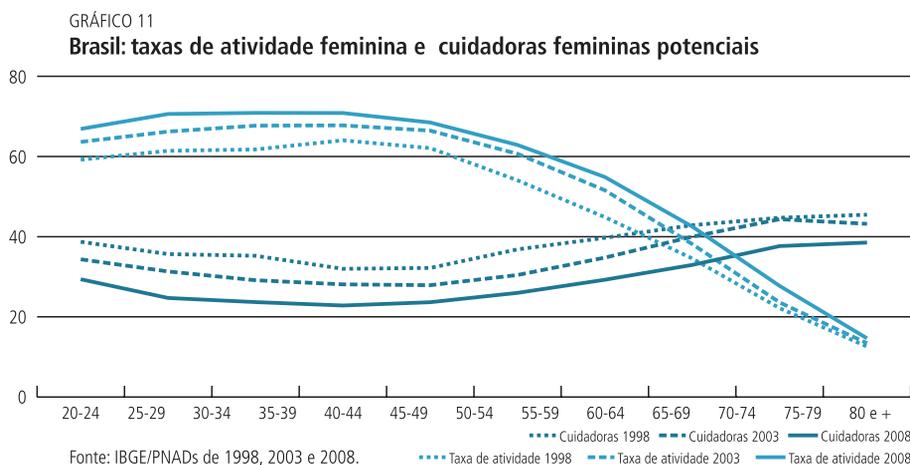
4.4 A oferta futura de cuidadores familiares: dois cenários

Assume-se neste trabalho que os cuidadores potenciais são as mulheres com idade entre 20 e 69 anos que declararam não ter qualquer tipo de dificuldade para realizar as AVDs e que não participam do mercado de trabalho. São esposas, filhas ou outros parentes que vivem no mesmo domicílio do demandante de cuidado. É reconhecido

21. É a relação entre a população com 75 anos ou mais e a população na faixa de 50 a 60 anos.

que existem cuidadores familiares que não residem no mesmo domicílio do idoso demandante, mas os dados da PNAD não permitem a identificação desses indivíduos. Pode-se esperar encontrar mais de um indivíduo com as características de um cuidador familiar em algumas famílias, mas apenas um será selecionado por questões operacionais (ver FERREIRA, 2007).

O gráfico 11 mostra as proporções de cuidadoras femininas potenciais por grupos de idade em 1998, 2003 e 2008. Pode-se observar que essa proporção diminuiu em todas as faixas etárias. Considerando o conjunto de mulheres, a referida proporção passou de 37,0% para 27,4%. Por outro lado, a proporção de mulheres que participavam no mercado de trabalho aumentou, também, em todos os grupos de idade. A taxa de atividade feminina total cresceu de 53,8% para 60,5%. A relação entre as cuidadoras potenciais e os demandantes declinou de 7,9 para 5,2 entre 1998 e 2008. Isso implica um aumento na demanda por cuidados de longa duração formal.



Dois cenários para as projeções de futuros cuidadores referentes a 2010, 2015 e 2020 são aqui apresentados. O primeiro mantém as proporções de cuidadores potenciais de cada faixa etária constantes, no mesmo nível das observadas em 2008. O segundo cenário pressupõe uma redução nas proporções mencionadas anteriormente, assumindo-se a variação anual observada entre 1998 e 2008. A tabela 5 apresenta um resumo dos resultados. O número estimado de potenciais cuidadoras para 2008 foi de 15.651 mil mulheres. Se não houver variação nas proporções mencionadas, pode-se esperar um aumento de 4,9 milhões no número de potenciais cuidadoras dado o crescimento demográfico. As variações assumidas no segundo cenário implicam uma redução desse número já em 2010, em torno

de 350 mil pessoas. Até o final do período projetado, a redução esperada seria de 4,5 milhões.

TABELA 5

Brasil: número esperado de cuidadoras femininas potenciais

(Em 1000)

	2010	2015	2020
Hipótese 1	16.490	19.173	20.529
Hipótese 2	15.303	13.407	11.123

Fonte: Elaboração das autoras.

4.5 O equilíbrio ou desequilíbrio entre os demandantes de cuidados e a oferta de cuidadores: quatro cenários

O que importa, de fato, não é o número de cuidadores *per se*, mas a relação entre demandantes de cuidados e a oferta de cuidadores. A combinação dos dois cenários para potenciais demandantes e dos dois cenários para cuidadores potenciais resulta em quatro alternativas para a razão cuidador potencial e demandante de cuidados, o que está mostrado na tabela 6 para os anos de 2010, 2015 e 2020. Elas são comparadas com a razão estimada para 2008, 5,2. Pode-se esperar uma diminuição na oferta de cuidados informais dada a redução prevista na oferta de cuidadores já para 2015. Isto deverá ocorrer mesmo quando se assume uma redução na proporção de idosos demandantes. Para 2020, projeta-se uma redução na razão mencionada para três das quatro situações consideradas. O impacto maior deverá ser provocado pela diminuição na oferta de cuidadores.

TABELA 6

Brasil: projeção da razão entre cuidadoras potenciais e idosos demandantes de cuidados

	2010		2015		2020	
	Cuidador 1	Cuidador 2	Cuidador 1	Cuidador 2	Cuidador 1	Cuidador 2
Demandante 1	5,5	5,1	5,2	2,5	4,6	2,5
Demandante 2	5,6	5,2	5,8	3,0	5,5	3,0
2008			5,2			

Fonte: Elaboração das autoras.

Os resultados dos quatros cenários em termos de “arranjos” de cuidados para os idosos com dificuldades para a vida diária, desagregados por sexo, para 2020, são apresentados na tabela 7. O número esperado de idosos com dificuldades para a vida diária foi dividido em dois grupos: aqueles que podem esperar serem cuidados por suas famílias e aqueles que necessitarão de cuidados formais. Em 2008, cerca

de 550 mil pessoas, 16,8% dos idosos demandantes de cuidados, não residiam com algum familiar, que poderia ser um possível cuidador. Viviam em domicílios particulares, sós ou com agregados, empregados ou em domicílios coletivos (instituições para idosos). Esta proporção foi mais elevada entre as mulheres, 17,3%. Três dos quatro cenários apontam para um aumento da demanda por cuidados não familiares, demanda esta que seria muito maior entre as mulheres. Este número pode variar de 74 mil a 961 mil homens idosos e no caso de mulheres de 295 mil a 1.694 mil. Como já salientado anteriormente, o principal componente do aumento da demanda por cuidado formal parece ser a redução da oferta de cuidador familiar.

TABELA 7

Brasil: projeção para 2020 do número de idosos demandantes de cuidados segundo o arranjo familiar por 1000

Cenários	Homens			Mulheres		
	Com família	Sem família	Total	Com família	Sem família	Total
1	1.319	356	1.675	2.072	745	2.817
2	1.213	74	1.287	2.171	295	2.466
3	715	961	1.675	1.123	1.694	2.817
4	657	630	1.287	1.176	1.290	2.466
2008	1.051	164		1.672	384	
Residentes em instituições 2009		42			58	
Vivendo só 2008		122			326	

Fonte: Elaboração dos autores.

Assume-se que o cenário 4 seja o mais plausível, pois pressupõe uma diminuição na proporção de idosos com dificuldades para a vida diária, bem como uma redução na oferta de cuidadores familiares. No entanto, a tendência recente foi de um aumento na proporção de pessoas com dificuldades para a vida diária. De qualquer forma, com exceção do cenário 2, todos apontam para um aumento da demanda por cuidados formais e uma conseqüente pressão nos gastos públicos. Por exemplo, o cenário 4 sugere que aproximadamente quatro vezes mais pessoas não deverão estar sendo cuidadas pelos membros da família em 2020, comparado a 2008. Embora a variação seja maior para os homens, a demanda em termos absolutos é muito maior por parte das mulheres (ver tabela 8).

Considerando a mesma distribuição observada em 2008 para os arranjos desses idosos sem família (domicílio e/ou instituição), chama-se a atenção para o crescimento requerido na oferta de cuidados formais. Isto significa um aumento

no número tanto de cuidadores domiciliares quanto institucionais quanto um aumento na capacidade das instituições de longa permanência. Os dados da PNAD não permitem inferir sobre o tipo de arranjo onde existem pessoas que vivem sozinhas. Provavelmente, estão contando com uma empregada doméstica, um cuidador formal ou mesmo um cuidador familiar não corresidente, cujo aumento requerido pode ser de até quatro vezes em relação a 2008. O mesmo poderá ter que acontecer com a capacidade das instituições. Foi visto no capítulo 7 deste livro que as instituições brasileiras estão trabalhando a plena capacidade. Além disso, aproximadamente 40% dos homens residentes em instituições e 31,0% das mulheres são pessoas independentes que precisam de abrigo. Essa demanda não está sendo considerada aqui.

TABELA 8

Brasil: projeção para 2020 do número de idosos com dificuldades para realizar as atividades da vida diária que não estarão sob os cuidados familiares por 1000

Cenários	Homens			Mulheres		
	Vivendo só	Em instituições	Total	Vivendo só	Em instituições	Total
1	265	91	356	632	113	745
2	84	29	113	313	56	369
3	715	246	961	1.438	256	1.694
4	499	172	671	1.156	206	1.362
2008	122	42	164	326	58	384

Fonte: Elaboração dos autores.

Um outro ponto a se considerar é que a questão do cuidador reforça uma questão já em discussão: as mulheres continuarão a ser as principais cuidadoras, mesmo formais? Quais os ônus para a sua vida pessoal e profissional? Isto vai requerer que o aumento do seu papel social deverá vir acompanhado de uma valorização maior da função de cuidar.

5 O QUE SE PODE PENSAR SOBRE A DEMANDA FUTURA DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO?

Do que foi visto, parece que se pode concluir que grandes avanços nas políticas de renda foram conquistados ao longo dos dez anos estudados, mas muito mais deve ser ainda feito no que diz respeito a cuidados e políticas de saúde.

Parte-se de uma certeza quanto ao crescimento acentuado da população idosa e muito idosa num futuro próximo e de uma incerteza com relação às condições de saúde dos longevos, especialmente em relação à incapacidade funcional e às

necessidades de cuidados para estes. A evolução da prevalência de incapacidade grave entre idosos é de difícil previsão devido a uma série de fatores que podem afetar positiva ou negativamente as taxas de incapacidade de velhice. De um lado, melhorias nas condições socioeconômicas das novas gerações de idosos, incluindo o aumento dos níveis de escolaridade, renda e demais condições de vida podem desempenhar um papel positivo na melhoria de sua saúde e seu estado funcional. A redução gradual de alguns fatores de risco sanitário para a saúde, como o tabagismo, também poderá desempenhar um papel positivo. Do lado negativo, o aumento da prevalência de certas doenças crônicas, como artrite e diabetes, e de fatores de risco importantes, tais como a hipertensão e a obesidade, poderão aumentar e assim influenciar nas limitações funcionais entre os idosos, o que requer maiores esforços para lidar com estas condições (LAFORTINE; BALESTAT, 2007).

Chama-se a atenção para o fato de que os cenários aqui apresentados não devem ser vistos como projeções, mas como uma forma de ressaltar a importância dos fatores dinâmicos na projeção de necessidades futuras de cuidados. Embora o envelhecimento populacional seja um processo demográfico, é também um processo que afeta e é afetado por políticas públicas. Ressalta-se também que a rede informal de apoio ao idoso é mais ampla que familiares corresidentes. Ela inclui, também, não familiares e familiares não corresidentes.

O que se pode concluir é que os dados aqui mostrados apontam para o surgimento de um novo risco social: cuidados de longa duração para idosos com incapacidade funcional. A questão abordada refere-se à extensão da responsabilidade que o Estado deverá assumir, o que é discutido no capítulo de Camarano e Mello neste livro e no capítulo de conclusões. No entanto, apesar de se esperar uma diminuição na prestação de cuidados familiares, é claro também que as famílias terão que continuar a desempenhar algum papel. É impossível mesmo para os governos dos países desenvolvidos arcar com os custos de prestação de cuidados institucionais para atender a toda demanda. Mas o cuidado familiar não pode ser tomado como garantido. Lloyd- Sherlock (2010) destaca a necessidade de se reconhecer a importância do cuidador familiar, apoiá-lo e compensá-lo. Isto significa ajudar às famílias a cuidar dos seus idosos. Isto significa que o Estado, a família e o mercado privado devem dividir a responsabilidade do cuidado do idoso dependente.

REFERÊNCIAS

- BRANCH, L. G.; JETTE, A. M. A prospective study of long-term care institutionalization among the aged. *American Journal of Public Health*, v. 72, n. 12, p. 1.373-1.379, 1982.
- BREEZE, E.; SLOGGETT, A.; FLETCHER, A. Socioeconomic and demographic predictors of mortality and institutional residence among middle aged and older people: results from the Longitudinal Study. *J. Epidemiol Community Health*, v. 53, p. 765-774, 1999.
- CAMARANO, A. A. *Envelhecimento populacional no Japão num contexto de despovoamento e ocidentalização*. Artigo escrito como parte das atividades do estágio de pós-doutorado realizado na Nihon University-Tóquio com o apoio da Capes. Rio de Janeiro, 2005.
- _____. *Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira*. Rio de Janeiro: Ipea, 2006 (Texto para Discussão, n. 1.179).
- _____. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. *Idosos no Brasil – vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Perseu Abramo, Edições SESC, 2007. p. 169-190.
- _____. Cuidados de longa duração para a população idosa. *Sinais Sociais*, v. 3, p. 10-39, 2008.
- CAMARANO, A. A.; EL GHAOURI, S. K. Idosos brasileiros: que dependência é essa? *In: CAMARANO, A. A. (Org.). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: Ipea, 1999. p. 281-304.
- _____. *Família com idosos: ninhos vazios?* Rio de Janeiro: Ipea, abr. 2003 (Texto para Discussão, n. 950).
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S. *Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados*. Rio de Janeiro: Ipea, 2009 (Texto para Discussão, n. 1.426).
- _____. *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. 2010. Mimeografado.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros. *In: CAMARANO, A. A. (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 77-105.
- CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L.; KANSO, S. Diagnóstico e desempenho recente das ações governamentais de proteção social para idosos dependentes no Brasil. *In: CARDOSO JÚNIOR, J. C. Brasil em desenvolvimento: estado, planejamento e políticas públicas*, Brasília: Ipea, v. 3, 2009.
- CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T.; LEMOS, V. R. Cuidados de longa duração para a população idosa: uma questão de gênero? *In: NÉRI, A. L. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Alínea, 2007. p. 127-150.
- CAMARANO, A. A. *et al.* Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. *In: CAMARANO, A. A. (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 137-167.
- CAMARANO, A. A. *et al.* O processo de constituição de família entre os jovens: novos e velhos arranjos. *In: CAMARANO, A. A. (Org.) Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição?* Rio de Janeiro: Ipea, 2006.
- CARVALHO, R. L.; WONG, L. R. Projetando o número de filhos sobreviventes das idosas brasileiras entre 2000 e 2025. *In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS*, 16., 2008. *Anais...* Caxambu, 2008.

CORRÊA, C. S.; QUEIROZ, B. L.; REZENDE, D. F. A. *Famílias e cuidado ao idoso: como o tamanho e a estrutura da rede de apoio influenciam o tempo individual dedicado à atenção ao idoso*. Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambu/MG, 2010.

DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/ Fapesp, 1999.

DELGADO, G. C.; CARDOSO JÚNIOR, J. C. O Idoso e a previdência rural no Brasil: a experiência recente da universalização. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 293-320.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*, 2005.

FERREIRA, A. R. S. *Perspectivas da oferta de cuidadores informais da população idosa, Brasil 2000-2015*. Dissertação (Mestrado)– UFMG/Cedeplar, Belo Horizonte, MG, 2007.

GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F.da F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes (The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): the experience with home care provided by wives of dependent elderly). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 2005.

GLASER, K.; GRUNDY, E. Class, caring and disability: evidence from the British Retirement Survey. *Ageing and Society*, v. 22, p. 325-342, 2002.

GOLDANI, A. M. Mulheres e envelhecimento: desafios para os novos contratos intergeracionais e de gêneros. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: Ipea, 1999. p. 75-114.

GRUNDY, E.; JITAL, M. Socio-demographic variations in moves to institutional care 1991-2001: a record linkage study from England and Wales. *Age Ageing*, v. 36, p. 424-430, 2007.

IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade – 1980-2050 – revisão 2008. *Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica*, Rio de Janeiro, n. 24, 2008.

JACOBZONE S.; CAMBOIS, E.; ROBINE, J. Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing? *OECD Economic Studies*, Paris, n. 30, 2000-2001.

LAFORTINE, G.; BALESTAT, G. *Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications*. OECD, France, 2007 (OECD Health Working Papers, n. 26).

LLOYD-SHERLOCK, P. Ageing, development and social protection: generalizations, myths and stereotypes. In: LLOYD-SHERLOCK, P. (Org.). *Living Longer: ageing, development and social protection*. London/Nova York: United Nations Research Institute for Social Development/Zed Books, 2004.

_____. *Population ageing and international development – from generalization to evidence*. United Kingdom, Policy Press, 2010.

MUISER, J.; CARRIN, G. Financing long-term care programmes in health systems – with a situation assessment in selected high-, middle- and low-income countries. Geneva: WHO, 2007 (Discussion Paper, n. 6).

MURRAY, C. J. L.; LOPEZ A. D. Regional patterns of DFLE and DALE: GBDS. *Lancet*, n. 349, p. 1.347-1.352, 1997.

NIHTILA, E.; MARTIKAINEN, P. Why older people living with a spouse are less likely to be institutionalized: the role of socioeconomic factors and health characteristics. *Scandinavian Journal of Public Health*, n. 36, p. 35-43, 2008.

OCDE. *Ageing and employment policies*. Live longer, work longer. Paris: OECD, 2006.

REDONDO, N.; LLOYD-SHERLOCK, P. *Institutional care for older people in developing countries: repressing rights or promoting autonomy?* The case of Buenos Aires, Argentina. UK, University of East Anglia, The School of International Development, 2009 (DEV Working Paper Series, n. 13).

WOLINSKY, F. D. *et al.* The risk of nursing home placement and subsequent death among older adults. *J. Gerontol.*, v. 47, p. S173-182, 1992.

WONG, L. R.; CARVALHO, J. A. C.; PERPÉTUO, I. H. O. *A estrutura etária da população brasileira no curto e médio prazos – evidências sobre o panorama demográfico com referência às políticas sociais, particularmente as de saúde*. 2005.

COMO ESTÃO SENDO CUIDADOS OS IDOSOS FRÁGEIS DE SÃO PAULO? A VISÃO MOSTRADA PELO ESTUDO SABE (SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO)

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

Daniella Pires Nunes

Ligiana Pires Corona

Maria Lúcia Lebrão

1 INTRODUÇÃO

Em países como o Brasil, o fenômeno do envelhecimento, dada sua espantosa velocidade, gera a urgente necessidade de reorganização da atenção à saúde do idoso, não só construindo uma rede de cuidados eficiente a partir da reorganização dos serviços existentes, frente às novas demandas que se apresentam, mas incluindo nessa rede “novos” serviços, continentes com outras demandas anteriormente não identificadas (DUARTE, 2006b).

O envelhecimento é acompanhado pelo aumento da prevalência de doenças e agravos crônicos não transmissíveis, muitos deles culminando com sequelas limitantes de um bom desempenho funcional, gerando situações de dependência e, conseqüentemente, necessidade de cuidado. É o nível de dependência que determina quais cuidados são necessários, bem como por quem e de que maneira devem ser realizados (DUARTE, 2006a).

Antigamente as famílias mantinham o idoso em seu contexto, provendo o cuidado necessário, até o momento de sua morte. As modificações das estruturas familiares (família extensa para família nuclear) têm alterado esse quadro assistencial informal. Hoje, as famílias menores e a grande mobilidade dos filhos, além da maior presença da mulher no mercado de trabalho, fazem com que não haja um potencial de ajuda familiar disponível o suficiente para prover o cuidado no dia a dia daqueles que necessitam. Essas mudanças indicam que, em um futuro

próximo, as pessoas idosas que se tornarem dependentes terão poucas alternativas de auxílio. Torna-se, assim, necessária a existência de esquemas assistenciais mais efetivos, dinâmicos, incluindo diferentes alternativas de assistência domiciliar e variadas e flexíveis modalidades institucionais que permitam uma solução intermediária entre a institucionalização definitiva e a manutenção do idoso em sua casa, com assistência precária e alto custo emocional para a família (ANGEL; ANGEL, 1997; PINTOS, 1997; CAMARANO *et al.*, 2004).

É verdade que, ainda hoje, as famílias proveem a maioria do suporte instrumental e prático que os idosos necessitam. É necessário, no entanto, que seja providenciado um cuidado comunitário suplementar que complemente o cuidado prestado pela família. O desafio é a organização de serviços comunitários de alta qualidade que possam assistir as famílias no cuidado de seus parentes idosos a um custo razoável (ANGEL; ANGEL, 1997; DUARTE, 2006b).

O gerenciamento das condições crônicas, necessário a esse grupo etário, é ainda um processo em desenvolvimento em nossa realidade, assim, os custos relacionados ao cuidado dos idosos mais fragilizados tendem a se elevar nos próximos anos. Dessa forma, o planejamento para minimização dos custos relacionados a essas necessidades vai requerer a maximização do uso de mecanismos de suporte comunitário, menos dispendiosos e, quando adequados, igualmente eficientes (ANGEL; ANGEL, 1997; DUARTE; LEBRÃO, 2006).

O objetivo deste capítulo é discutir como estão sendo cuidadas as pessoas idosas mais fragilizadas no município de São Paulo. Para tanto será utilizada a base de dados do Estudo Sabe – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – estudo longitudinal sobre as condições de vida e saúde e suas modificações com o transcorrer do tempo, dos idosos residentes nesse município (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

Iniciado em 2000 sob orientação da Organização Pan-americana de Saúde e coordenação do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o Estudo Sabe (LEBRÃO; DUARTE, 2003; LEBRÃO; LAURENTI, 2005) entrevistou, em domicílio, uma amostra probabilística de 2.143 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Em 2006, essas mesmas pessoas foram procuradas, tendo sido localizados e reentrevistados 1.115 indivíduos, sendo a diferença composta por óbitos (30,3%), mudanças para outros municípios (2,4%), institucionalizações (0,5%), não localização¹ (6,5%) e recusas

1. Para os não localizados em seus endereços originais, fez-se uma ampla busca por informações no próprio bairro (vizinhança e serviços como farmácias, mercados de bairro, igrejas etc.) e com os dados extras constantes no questionário-base (telefones de recado, contato com filhos ou outros parentes). Ao final, utilizou-se a mídia escrita para auxiliar na localização dos restantes. Após intensa busca, considerou-se fechada a amostra, sendo o grupo não encontrado denominado "não localizados".

(8,3%). Foi utilizado um questionário padronizado composto por 11 seções em 2000 (informações pessoais, avaliação cognitiva, estado de saúde, estado funcional, medicamentos, uso e acesso a serviços de saúde, rede de apoio social, situação laboral e renda, moradia, antropometria e testes funcionais) e 13 em 2006. Foram acrescentadas as seções “maus-tratos” e “sobrecarga de cuidadores”, além da implementação de outros instrumentos nas seções já existentes – religiosidade, sexualidade, medida de independência funcional (MIF), funcionalidade familiar (APGAR de família) (DUARTE, 2001), e avaliação de risco ambiental.²

Embora o município de São Paulo não possua a maior proporção de idosos do país, possui, sem dúvida, o maior número absoluto (aproximadamente 1,3 milhão) e uma das maiores diversidades populacionais, o que torna o resultado obtido aplicável em outras realidades.

Visando compreender o contexto da discussão que aqui se coloca será feita uma abordagem sobre funcionalidade individual e familiar, cuidado informal e fragilidade.

2 ENVELHECIMENTO E FUNCIONALIDADE

Muitas doenças crônicas, quando não adequadamente controladas, podem gerar o que é denominado processo incapacitante, ou seja, o processo no qual uma determinada condição (aguda ou crônica) afeta a funcionalidade dos idosos e, conseqüentemente, o desempenho de suas atividades cotidianas conhecidas como atividades de vida diária (AVD). Assim, falar sobre a instalação de um processo incapacitante significa pensar nas conseqüências funcionais decorrentes de determinada condição (aguda ou crônica) e dos fatores que podem influir em sua direção (DUARTE, 2005, 2006a).

Busca-se, assim, verificar em que nível tais doenças ou agravos impedem o desempenho das atividades cotidianas dos idosos de forma autônoma e independente, ou seja, sem a necessidade de adaptações ou de auxílio de outras pessoas. Isso pode ser obtido por meio da avaliação funcional, essencial para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários. É um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a eficácia e a eficiência das intervenções propostas (DUARTE, 2005).

Avaliar o desempenho em AVDs tornou-se usual, pois tais medidas são bons indicadores de permanência hospitalar, institucionalização e morte. Na maior parte

2. Informações detalhadas sobre o Estudo Sabe, publicações e os questionários utilizados estão disponíveis em: <www.fsp.usp.br/sabe>.

do tempo, a presença ou ausência de um diagnóstico é menos indicativa do nível de independência dos idosos do que seu desempenho nessas atividades. Assim, tais informações podem ser úteis como ferramenta diagnóstica e no auxílio da indicação terapêutica clínica e assistencial dos idosos. Adicionalmente, contribuem, com o passar do tempo, para o desenvolvimento de um planejamento assistencial realista e monitoramento adequado das condições crônicas (GURALNIK; FRIED; SALIVE, 1996; MAST; MACNEIL; LICHTENBERG, 2004).

A avaliação funcional representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma e de seu entorno (independência). Caso não seja capaz (dependência), ela verifica se essa necessidade de ajuda é parcial (em maior ou menor grau) ou total. Tem por base o conceito de função, ou seja, a capacidade do indivíduo para adaptar-se aos problemas de todos os dias apesar de possuir uma incapacidade física, mental ou social (ALLEN; MOR, 1997; WILKINS; LAW; LETS, 2001).

Muitos domínios têm sido propostos na avaliação funcional, incluindo o funcionamento físico, cognitivo, emocional, sensorial e social. Historicamente, fragilidade em pessoas idosas sempre esteve relacionada a um pobre funcionamento em um ou mais desses domínios (MAST; MACNEIL; LICHTENBERG, 2004). Só mais recentemente fragilidade e dependência passaram a ser tratadas como condições independentes embora interligadas (FRIED *et al.*, 2001; GILL; ROBISON; TINETTI, 1998).

As AVDs são didaticamente divididas em básicas ou de autocuidado (ABVDs); instrumentais, que indicam a capacidade de um indivíduo levar uma vida independente dentro da comunidade (AIVDs); e, avançadas, mais complexas, englobando atividades sociais, produtivas e de lazer (AAVDs). Todas essas medidas têm limitações como indicadores de disfunções funcionais. As ABVDs são muito básicas e podem, assim, não ser sensíveis o suficiente para capturar incapacidades menos graves. Por outro lado, as AIVDs podem não ser relevantes nas instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), por exemplo, onde a oportunidade de engajamento com o ambiente é limitada. Além disso, algumas AIVDs tendem a ser específicas de gênero e, assim, não aplicáveis à população como um todo, especialmente em coortes de idosos (GURALNIK; FRIED; SALIVE, 1996; DESAI; LENTZNER; WEEKS, 2001; ROSA *et al.*, 2003).

As atividades de autocuidado como tomar banho, vestir-se, transferir-se da cama para a cadeira, usar o toalete e comer são as denominadas ABVDs e seu comprometimento frequentemente indica incapacidade física. Originalmente desenvolvidas para avaliar as capacidades físicas das pessoas idosas em ILPIs ou centros

de reabilitação, essas medidas são, hoje, amplamente utilizadas, pois refletem um substancial nível de incapacidade. A necessidade de ajuda para o desempenho de qualquer uma dessas atividades é um indicador de fragilidade ou incapacidade de viver independentemente (PINQUART; SORENSEN, 2003; DUARTE, 2005, 2006a).

Há um excessivo aumento na prevalência de incapacidade no desempenho das atividades básicas e instrumentais com o avançar da idade, e as mulheres, geralmente, mostram médias maiores do que os homens nas idades mais elevadas. Entre 65 e 74 anos, a proporção de incapacidades é similar entre os sexos (ALLEN; MOR, 1997; LI, 2005).

O tipo de ajuda que esses indivíduos deveriam receber está relacionado com a gravidade da incapacidade. Nos Estados Unidos, onde as ILPIs fazem parte da cultura local e são organizadas por diferentes níveis de complexidade assistencial, a proporção de idosos vivendo em instituições é alta para aqueles níveis de incapacidade mais importantes. De 1,4 milhão de idosos (≥ 65 anos) dependentes em cinco a sete AVDs, 59% vivem em instituições. Além disso, cerca de 500 mil idosos com similar nível de incapacidade são cuidados em casa por meio de uma combinação de cuidados formais e informais. Esses dados são consistentes com o aumento da necessidade de instituições/serviços de cuidados crônicos para pessoas que vivem sozinhas e desenvolvem incapacidade moderada ou grave (LI, 2005).

A condição de dependência é, sem dúvida, a que mais assusta os idosos, uma vez que vivemos em um contexto cultural no qual a autonomia e a independência do adulto são muito valorizadas e a dependência, que se acredita ser uma condição inevitável da velhice, é sempre deplorada. A principal consequência da associação entre velhice e dependência é o desenvolvimento de atitudes negativas em relação à velhice.

Dependência pode ser definida como um estado em que a pessoa é incapaz de existir de maneira satisfatória sem a ajuda de outra. As dependências observadas nos idosos resultam tanto das alterações biológicas quanto das mudanças nas exigências sociais e, frequentemente, as últimas parecem determinar as primeiras.

No Estudo Sabe observou-se que, no município de São Paulo em 2000, 19,2% dos idosos (cerca de 200 mil) indicavam ter dificuldades no desempenho das ABVDs (70,5% em uma ou duas e 29,5% em três ou mais) e 26,3% (cerca de 270 mil idosos) nas AIVDs (58,2% em uma ou duas e 41,8% em três ou mais). Passados seis anos, verificou-se um aumento na proporção de idosos com dificuldades em ambas as atividades tendo passado para 26,6% o percentual de idosos

com dificuldade em ABVDs e para 38,5% em AIVDs (tabela 1) (DUARTE, 2001; LEBRÃO; DUARTE, 2003).

TABELA 1
Distribuição dos idosos segundo a dificuldade referida no desempenho de ABVDs e AIVDs em São Paulo (SP) – 2000 e 2006
(Em %)

Dificuldade referida no desempenho das AVDs	2000		2006	
	ABVDs	AIVDs	ABVDs	AIVDs
Sim	19,2	26,3	26,6	38,5
Não	80,8	73,7	73,4	61,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Estudo Sabe de 2000 e 2006.

As ABVDs estão relacionadas ao desempenho do cuidado pessoal. O seu comprometimento implica, frequentemente, a necessidade de auxílio direto por parte de outras pessoas, de forma presencial (cuidador), tornando-as, assim, onerosas e complexas.

Em 2000, quando as dificuldades no desempenho de ABVDs foram analisadas segundo gênero, verificou-se a presença de limitações funcionais em 14,8% dos homens e 22,5% das mulheres. A análise por faixa etária verificou que a proporção de idosos com limitações funcionais era de 15,6% entre os idosos mais jovens (60 a 74 anos) e 32,2% entre os mais longevos (≥ 75 anos). Assim, observa-se uma piora de desempenho com o avançar da idade (um aumento no comprometimento funcional em três ou mais atividades), sendo tal situação mais acentuada entre as mulheres (DUARTE, 2001; LEBRÃO; DUARTE, 2003). Esse dado é reforçado pelo estudo de Santos (SANTOS, 2003), que, utilizando os dados do Estudo Sabe, analisou a esperança de vida sem incapacidade e constatou que, embora o sexo masculino tenha menor esperança de vida, a proporção dos anos a serem vividos sem incapacidade é maior do que no sexo feminino. Os mais idosos também apresentaram dificuldade em um número maior de atividades, o que implica uma situação de maior vulnerabilidade e, conseqüentemente, de maior risco.

Quanto às AIVDs, observou-se que foram mais acentuadas entre as mulheres e pioraram expressivamente na velhice avançada em ambos os sexos. Utilizar transporte mostrou-se a atividade mais comprometida em ambos os sexos, sendo muito mais limitante para as mulheres do que para os homens; o mesmo se repetiu para “fazer compras”. Esses resultados mostram uma tendência à redução do desempenho das atividades externas ao domicílio, o que pode gerar uma diminuição progressiva dos contatos externos e do círculo de relacionamentos, reduzindo a rede de apoio social e levando a uma sobrecarga familiar ainda maior. Outro fato a ressaltar é

que 8,5% dos idosos (cerca de 85 mil pessoas) referiram dificuldades para tomar os próprios medicamentos, fato esse que pode comprometer o controle adequado de suas condições crônicas. A maioria dos idosos que relatou tal dificuldade é portadora de doenças crônicas que exigem o uso de medicamentos contínuos. Nesses casos, deixar de tomar os medicamentos pode ocasionar uma pior evolução das doenças preexistentes, aumentando a possibilidade de ocorrência de sequelas ainda mais limitantes (DUARTE, 2001; LEBRÃO; DUARTE, 2003; SANTOS, 2008).

O comprometimento funcional gera a necessidade de ajuda. Essa ajuda, ainda hoje, é fornecida na maioria das vezes pela rede de suporte informal (família, vizinhos, amigos) uma vez que, em nosso meio, são poucas as alternativas formais de auxílio. No entanto, por mais que as famílias ajudem, isso ainda parece estar aquém das necessidades reais apresentadas pelos idosos. Um estudo buscando conhecer a ajuda fornecida pelos diferentes arranjos domiciliares aos idosos mais dependentes verificou que o máximo de ajuda recebida girava em torno de 50%, muito aquém do necessário (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005).

Torna-se assim necessário compreender o funcionamento familiar e a dinâmica de ajuda relacionada ao cuidado informal.

3 ENVELHECIMENTO, FAMÍLIA E CUIDADO

Família pode ser compreendida como um sistema dinâmico em interação dialógica que visa ajudar a pessoa a desenvolver uma presença afetiva, responsável e livre no mundo. É uma criação do ser humano que dá uma resposta ao desejo de ter um grupo de pessoas que atue sobre interesses comuns e com um desenvolvimento afetivo, em que os afetos sejam recíprocos, para obter soluções para os problemas do ciclo vital. É uma organização defensiva diante dos embates da vida de cada pessoa e do conjunto familiar como um todo amenizando os impactos das “crises”. Esse sistema corresponde a uma rede de relações de parentesco cujo funcionamento depende da forma como essas relações se organizam (PINTOS, 1997; DUARTE, 2001).

Em nossa sociedade, quase toda família está envolvida com o bem-estar de, pelo menos, uma pessoa idosa. Em razão da organização de nosso sistema de saúde, voltado para as necessidades dos indivíduos e não para as famílias como unidade, muitas famílias fazem isso sozinhas e só procuram por auxílio do sistema de saúde durante as emergências ou períodos de doenças agudas. A família é o local onde as pessoas aprendem sobre saúde e doença e também onde a maior parte do cuidado é dada ou recebida no transcorrer da vida. Consequentemente, a família tem grande potencial como aliado na manutenção ou na recuperação da saúde de seus membros (RICHARDS; LILLY, 2001).

Com as modificações das estruturas familiares (família extensa para família nuclear), em algum momento, as famílias com idosos mais dependentes se deparam com uma difícil alternativa: incorporar o idoso à casa de um filho; transferi-lo para uma ILPI; deixá-lo viver só apesar de suas limitações ou contratar um cuidador para conviver e cuidar dele (DUARTE, 2001).

A família do idoso é uma estrutura elaborada por si mesma, sendo, de alguma maneira, responsável pelo tipo de dinâmica funcional a que pertence. Se os filhos hoje atuam de tal maneira ou se os vínculos funcionam de outra, em grande parte isso corresponde a estruturas sistêmicas elaboradas pelos próprios idosos, seus fundadores, de tal modo que agora serão beneficiários ou vítimas da dinâmica que deram às próprias famílias. Trata-se de algo que deriva dele mesmo e de como se estabeleceu sua relação de vinculação com a família. Pode-se dizer que as reações e relações familiares na velhice correspondem à maneira como se estruturaram funcionalmente durante a vida (DUARTE, 2001; LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

É importante lembrar que nossa capacidade para cuidar das necessidades apresentadas pelas pessoas idosas é sempre limitada por questões econômicas. Após a Segunda Guerra, nos países desenvolvidos, foi possível implantar um generoso sistema de suporte para idosos em consequência do rápido desenvolvimento econômico. Em períodos de desenvolvimento econômico mais lento, os ganhos de determinados grupos são financiados com gastos de outro. Mais recentemente, os recursos destinados aos programas para idosos e para pessoas mais jovens provêm dos mesmos limitados recursos. Atualmente, e nos próximos anos, as principais discussões envolverão debates entre gerações de como os recursos econômicos serão divididos. Gastos governamentais diretos relacionados ao suporte dos idosos mais dependentes representam apenas parte dos custos relacionados ao cuidado desse grupo. Para muitos indivíduos, o período imediatamente anterior à morte é caracterizado por declínio físico e extensivo uso dos serviços de saúde. Maximizar o suporte comunitário faz parte de um planejamento que vise à minimização dos custos relacionados a essa demanda crescente (ANGEL; ANGEL, 1997).

Nos Estados Unidos, várias iniciativas de fortalecimento de serviços comunitários e domiciliares voltados para o atendimento das demandas dos idosos passaram a constituir a parte central da reforma da atenção à saúde nesse local. Infelizmente, o custo-efetividade de tais programas e sua capacidade para evitar a institucionalização dos idosos mais fragilizados não foram claramente demonstrados. Uma das razões que continua a impulsionar o fortalecimento dos cuidados comunitários é permitir o contínuo envolvimento da família no cuidado de seus membros familiares. Evidências mostram que as famílias são, ainda hoje,

as principais responsáveis pelo cuidado de seus idosos mais fragilizados, sendo a institucionalização um último recurso utilizado, na maioria das vezes, quando os recursos familiares foram esgotados. Muitas pessoas idosas que apresentam algum tipo de incapacidade ainda preferem viver sozinhas ou na comunidade em vez de residir em uma ILPI (ANGEL; ANGEL, 1997).

Estima-se, nos Estados Unidos, a existência de 22,4 milhões de cuidadores de pessoas idosas com incapacidade no desempenho de suas AVDs básicas e/ou instrumentais. Cuidadores familiares estão presentes em todos os níveis socioeconômicos e grupos étnicos: 41,3% são filhas, 38,4% são esposas e 20,4% são outros familiares ou amigos. Muitos cuidadores também são idosos e em risco de desenvolvimento de problemas crônicos. Aproximadamente 45% de todos os cuidadores primários têm idade igual ou superior a 65 anos com 47,4% do cuidador primário matrimonial tendo idade de 75 anos ou mais. O cuidador trabalha arduamente e por muito tempo. Estima-se que cuidadores familiares despendam cerca de 40 horas de cuidado por semana ou mais e a média de duração dessa atividade, em anos, é de 4,3 (GILL; ROBISON; TINETT, 1998; MESSECAR, 2008).

Hoje, com as famílias menores e a grande mobilidade dos filhos, além da maior presença da mulher no mercado de trabalho, pode não haver um potencial de ajuda familiar disponível para prover o cuidado no dia a dia de seus membros idosos mais dependentes ou ele ser negligenciado, o que pode ter impacto na sobrevivência, com qualidade, dessas pessoas (MACHADO; QUEIROZ, 2002). Essas mudanças indicam que em futuro próximo os idosos que se tornarem dependentes terão poucas alternativas de auxílio (GILL; ROBISON; TINETTI, 1996; LI, 2005).

Conhecer a nossa realidade pode nos auxiliar nessa reflexão. Dessa forma, a partir da identificação dos idosos mais dependentes que residiam no município de São Paulo, buscou-se analisar qual a continência às suas demandas de suporte informal disponível. Assim, entre os idosos que referiram dificuldades no desempenho de uma ou mais ABVDs em 2000 e, portanto, que requeriam um cuidador presencial, foi perguntado se recebiam ajuda para auxiliá-los no desempenho das atividades. O resultado encontrado foi estratificado segundo o tipo de arranjo domiciliar do idoso (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005).

Sessenta e seis tipos diferentes de arranjos domiciliares foram identificados na relação descritiva das várias combinações de corresidentes entre os idosos no município de São Paulo. Esse total foi reorganizado em sete grupos: idosos residindo sozinhos, casais, arranjos bigeracionais, arranjos trigeracionais, apenas idosos corresidentes, idosos e netos, arranjo com cuidador extrafamiliar. O grupo mais frequente foi o bigeracional (32,1%), seguido pelos casais (20,0%), arranjos

trigeracionais (19,5%), idosos residindo sozinhos (13,1%), com cuidadores (6,9%), somente idosos (6,7%) e, por último, apenas com netos (1,7%) (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005).

Em 2000, 19,2% dos idosos apresentavam dificuldade no desempenho de uma ou mais ABVDs. Embora esse tipo de dificuldade requeira o auxílio presencial de outra pessoa, 60,6% deles referiram não receber qualquer ajuda, sendo essa proporção variável conforme o arranjo domiciliar (tabela 2) (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005).

TABELA 2

Distribuição dos idosos com limitações funcionais em ABVDs que referiram não receber ajuda para seu desempenho segundo tipo de arranjo domiciliar em São Paulo (SP) – 2000

(Em %)

Tipo de arranjo domiciliar	Idosos que referiram não receber nenhuma ajuda
Idosos residindo sozinhos	83,6
Idosos e netos	82,6
Somente idosos	69,4
Casais	64,0
Arranjos bigeracionais	59,4
Arranjos trigeracionais	47,9
Arranjos com cuidador extrafamiliar	43,6
Total	60,6

Fonte: Estudo Sabe de 2000.

Encontrou-se que, em média, os diferentes tipos de arranjos supriam cerca de 50% das demandas dos idosos (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005). Para se analisar o impacto do cuidado (ou não cuidado) das famílias sobre a evolução das condições de saúde de seus idosos, os arranjos descritos foram reagrupados em dois grandes grupos: grupo A (57,6%), incluindo os arranjos mais continentais (arranjos bigeracionais, trigeracionais e aquele que contava com cuidador extrafamiliar); e grupo B (42,4%), os arranjos menos continentais (idosos residindo sozinhos, os casais, apenas idosos corresidentes, idosos e netos).

A tabela 3 mostra essa estratificação por faixa etária.

TABELA 3

Distribuição dos idosos segundo continência dos arranjos domiciliares às demandas de cuidados apresentadas pelas pessoas idosas e idade em São Paulo (SP) – 2000

(Em %)

Idade	Grupo A (mais continente)	Grupo B (menos continente)
60 a 74 anos	58,0	42,0
≥ 75 anos	47,7	52,3
Total	57,6	42,4

Fonte: Estudo Sabe de 2000.

Observa-se que a maioria dos idosos mais longevos reside em arranjos menos continentais, embora tenham maiores demandas assistenciais ($p = 0,0000$).

Quando essa análise é feita considerando a presença de dificuldades no desempenho das ABVDs, verifica-se que a maioria dos idosos com dificuldades reside em arranjos menos continentais (tabela 4).

TABELA 4

Distribuição dos idosos segundo dificuldades funcionais em ABVDs e continência dos arranjos domiciliares às demandas de cuidados apresentadas pelas pessoas idosas em São Paulo (SP) – 2000

(Em %)

Dificuldade no desempenho de ABVDs	Tipo de arranjo domiciliar		Total
	Grupo A (mais continente)	Grupo B (menos continente)	
Sim	50,3	49,7	19,2
Não	70,7	29,3	80,8
Total	57,6	42,4	100,0

Fonte: Estudo Sabe de 2000.

Nesse mesmo período, considerando o envelhecimento da população e o aumento de sua demanda assistencial (tabela 1), buscou-se verificar qual foi a migração entre os arranjos mais ou menos continentais (tabela 5).

TABELA 5

Distribuição dos idosos segundo mudança de arranjo domiciliar em São Paulo (SP) – 2000 e 2006

(Em %)

Grupo em 2000	Grupo em 2006		Total
	Grupo A (mais continente)	Grupo B (menos continente)	
Grupo A (mais continente)	73,8	26,2	57,6
Grupo B (menos continente)	12,1	87,9	42,4
Total	47,6	52,4	100,0

Fonte: Estudo Sabe de 2000 e 2006.

Observa-se uma proporção maior de pessoas idosas que migraram dos grupos mais continentais para os menos continentais (26,2%) do que de pessoas idosas que migraram do grupo menos continente para o mais continente (12,1%). A relação total foi invertida no intervalo de seis anos, ou seja, os idosos ficaram mais velhos, mais dependentes e passaram a corresidir em arranjos menos continentais, com maior probabilidade de receberem menos assistência às suas demandas ($p = 0,0000$). Em termos da população idosa do município de São Paulo, isso representa aproximadamente 650 mil pessoas que não são assistidas adequadamente em todas as suas demandas assistenciais. Isso traz à reflexão de que cuidado à velhice mais dependente está se falando.

Mesmo no arranjo mais continente (A), muitos idosos não recebem a ajuda de que necessitam. Assim, no grupo A (mais continente), 20,2% dos idosos apresentavam dificuldades em ABVDs. Desses, 76,1% dos que tinham entre 60 e 74 anos e 23,9% daqueles com idade ≥ 75 anos não recebiam auxílio em suas necessidades ($p = 0,0000$). Já nos arranjos menos continentes (B), 18,2% tinham dificuldades e desses, 62,8% dos que tinham entre 60 e 74 anos e 37,2% dos com idade ≥ 75 anos não recebiam auxílio em suas necessidades ($p = 0,0001$).

Independente da continência dos arranjos, quando se analisa por gênero, verifica-se, como dito anteriormente, que as mulheres apresentam mais limitações funcionais em ABVDs que os homens (22,5% e 14,8%, respectivamente) e recebem menos ajuda (14,8% e 7,3%); se for associada à faixa etária, verifica-se que os idosos mais jovens (60 a 74 anos) são os menos auxiliados e, entre esses, as mulheres são menos auxiliadas que os homens (71,1% e 64,9%, respectivamente). Entre os mais longevos (≥ 75 anos), essa relação se inverte e os homens passam a ser menos auxiliados (35,9% e 28,9%, respectivamente) ($p = 0,0000$).

Em um período de seis anos, dos idosos que apresentavam limitações funcionais para o desempenho de ABVDs, 25,1% morreram e, aproximadamente, 1% foi institucionalizado. Dos que faleceram, 54,7% residiam, em 2000, em arranjos menos continentes (B) e, portanto, eram menos cuidados. Independente do tipo de arranjo, buscou-se verificar a relação entre óbito e ajuda (tabela 6).

TABELA 6

Distribuição dos óbitos segundo sexo, dificuldade em ABVDs e ajuda no desempenho dessas atividades em São Paulo (SP) – 2000 e 2006

(Em %)

Dificuldade no desempenho das ABVDs em 2000	Proporção de óbitos		Total
	Sexo		
	Homens	Mulheres	
Não	58,3	41,7	66,9
Sim, sem ajuda	36,9	63,1	12,8
Sim, com ajuda	44,1	55,9	20,3
Total	52,7	47,3	100,0

Fonte: Estudo Sabe de 2000 e 2006.

Entre os que não apresentavam dificuldades (66,9%), houve maior proporção de óbitos entre os homens (58,3%), já entre os que apresentavam dificuldades (33,1%), as mulheres faleceram em maior proporção, sendo que as que não recebiam ajuda (63,1%) faleceram mais ($p = 0,00016$).

Quando essa análise considera a idade, verifica-se que entre os idosos mais jovens (60 a 74 anos), os homens morrem mais do que as mulheres (59,5% e 40,5%,

respectivamente). No entanto, quando a ajuda recebida é analisada, observa-se que as mulheres sem ajuda morrem mais do que os homens (56,7% e 43,3%, respectivamente). Ao se analisarem os óbitos entre os idosos mais longevos (≥ 75 anos), as mulheres morreram mais (56,5% e 43,5%) e aumenta a proporção de óbitos entre as mulheres sem ajuda (67,2% e 32,8%) ($p = 0,0003$).

Dessa forma pode-se verificar que o suporte informal existente para os idosos não é capaz de atender às suas demandas assistenciais, fazendo com que aqueles que apresentem limitações funcionais mais acentuadas tenham uma sobrevida com auxílio limitado o que, de certa forma, antecipa sua morte, quadro esse muito mais acentuado entre as mulheres. Sabe-se, no entanto, que a maioria das famílias faz o que é possível para atender à demanda de seus parentes idosos e o sofrimento causado pelo não alcance dessas metas gera sofrimento para todos (idosos e familiares).

Nos Estados Unidos, o aumento da proporção de cuidadores primários de idosos (os que prestam cuidado direto), sem auxílio de cuidadores secundários (os que prestam cuidados indiretos), passou de 34,9% em 1989 para 52,8% em 1999, tendendo a continuar crescendo. No entanto, a proporção de idosos continuará crescendo e o potencial de ajuda familiar tende a se reduzir ainda mais nos próximos anos (MESSECAR, 2008). Atualmente, famílias e amigos proveem cerca de 80% de todo o cuidado necessário aos idosos a um custo estimado de US\$ 306 bilhões/ano, mais que o dobro do que é atualmente pago para os serviços de assistência domiciliar combinado com as ILPIs naquele país (MESSECAR, 2008).

As consequências negativas na saúde física e mental do cuidador familiar têm sido bem documentadas. O estresse relacionado a ser cuidador de um cônjuge cronicamente doente resulta em um aumento de 63% na média de mortalidade quando comparado a seus pares que não são cuidadores. Cônjuges cuidadores que proveem mais de 36 horas/semana de cuidado direto apresentam seis vezes mais chance de desenvolver sintomas depressivos ou ansiedade quando comparados com filhos cuidadores (duas vezes mais chance) (MESSECAR, 2008). Adicionalmente, cuidadores familiares têm o dobro de probabilidade de desenvolver doenças mentais ou deterioração física quando comparados a não cuidadores. Cuidadores familiares submetidos a estresse extremo demonstram envelhecimento prematuro. Estima-se que tais condições reduzam em cerca de dez anos sua expectativa de vida (VITALINO; ZHANG; SCANLAN, 2003).

A maioria dos cuidadores se diz despreparada para o desempenho de suas atividades assistenciais. Estudo nacional americano encontrou que 58% dos respondentes disseram ser nada ou pouco preparados para lidar com as necessidades de

seus membros idosos, sendo o despreparo emocional para lidar com essas situações a principal queixa referida (MESSECAR, 2008).

A maior vulnerabilidade do grupo de cuidadores familiares precisa ser atendida. Falhar nisso resultará no aumento de problemas físicos e mentais e, em última instância, aumentará os custos sociais. O sistema de cuidados informais é um recurso que precisa ser protegido e amparado e não, depreciado. Nenhuma instituição pode repor o suporte e o cuidado dado pelos familiares. No entanto, as necessidades das pessoas idosas seriam mais bem atendidas com a combinação de ambos, cuidado informal e formal. O desafio que se apresenta é o desenvolvimento de serviços comunitários que suplementem o cuidado familiar a ser desenvolvido em parceria. Torna-se necessário modificar o olhar dos profissionais para os familiares, deixando de vê-los como trabalhadores não remunerados que necessitam, apenas, ser encorajados em suas atividades de cuidado.

Os desafios frente às famílias de idosos são complexos. Torna-se urgente a implementação de um cuidado comunitário suplementar que possa complementar o cuidado prestado pela família. O desafio passa a ser a organização de serviços comunitários de alta qualidade que possam assistir as famílias no cuidado de seus parentes idosos a um custo razoável.

4 ENVELHECIMENTO, FRAGILIDADE E CUIDADO

O tema “fragilidade”, em nosso meio, ainda é controverso. Embora não possa ser considerado um conceito novo, fragilidade não possui uma definição consensual em termos internacionais. Constitui-se em uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual que culmina com um estado de maior vulnerabilidade associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos (TEIXEIRA, 2006; TEIXEIRA; NERI, 2006; DUARTE, 2007).

Alguns profissionais de saúde consideram fragilidade como uma condição intrínseca do envelhecimento, o que pode ocasionar intervenções tardias com potencial mínimo de reversão das consequências adversas da síndrome, incluindo a redução da expectativa de vida saudável ou livre de incapacidades (FRIED *et al.*, 2001; FRIED; WALSTON, 2003; FRIED *et al.*, 2005).

Antes da década de 1980, poucos estudos abordavam esse assunto. A partir da segunda metade daquela década, começaram a surgir inúmeras publicações, sempre atribuindo ao “idoso frágil” características como idade igual ou maior do que 75 anos, maior vulnerabilidade, presença de déficit físico e/ou cognitivo e declínio funcional e, ainda, necessidade de assistência contínua. Por essa razão, fragilidade

e incapacidade passaram a ser compreendidas como sinônimos, o que perdura até hoje na compreensão do senso comum (TEIXEIRA, 2006; TEIXEIRA; NERI, 2006; DUARTE, 2007).

Resultados de estudos longitudinais que buscavam clarificar a sequência de mudanças básicas relacionadas à fragilidade, e suas consequências clínicas, passaram a indicar que muitos idosos chegavam à velhice avançada em boas condições de saúde e de funcionalidade. Assim, a associação entre incapacidade e fragilidade passou a ser questionada, uma vez que nem todas as pessoas com declínio funcional eram frágeis; nem todas as pessoas frágeis apresentavam declínio funcional e medidas preventivas pareciam interferir na instalação dessa síndrome (FRIED; WALSTON, 2003; DUARTE, 2007).

A partir da década de 1990, o conceito de “ser frágil” foi sendo gradativamente substituído pela condição de “tornar-se frágil” e a fragilidade passou a ser compreendida como precursora de incapacidade, institucionalização e morte, com fortes evidências de diferenças étnicas e culturais e com importante impacto na saúde pública, uma vez que poderia ser evitada ou revertida (FRIED, 2001; FRIED; WALSTON, 2003).

Fried *et al.* (2001) trabalharam na proposição de critérios objetivos mensuráveis para definir fragilidade em idosos a partir da hipótese de que ela representa uma síndrome que pode ser identificada a partir de um fenótipo.

Fragilidade, então, passou a ser definida como uma síndrome clínica caracterizada pela diminuição da reserva energética e pela resistência reduzida aos estressores, condição essa que se apresenta como resultado do declínio cumulativo dos múltiplos sistemas fisiológicos, aumentando a vulnerabilidade às condições adversas, por haver dificuldade de manutenção da homeostase em situações de exposição a perturbações tais como variações na condição de saúde e alterações de temperatura ambiental (FRIED, 2001; FRIED; WALSTON, 2003). É exemplo disso a expressiva mortalidade de idosos em Paris durante o verão de 2003 e na Itália em 2005, por ocasião de forte elevação da temperatura, onde ocorreram aproximadamente 19 mil e 20 mil mortes, respectivamente.

Ainda segundo Fried *et al.* (2001) a fragilidade se apresentaria na forma de um fenótipo que inclui cinco componentes passíveis de serem mensurados:

- perda de peso não intencional;
- fadiga autorreferida;
- diminuição da força;

- baixo nível de atividade física; e
- diminuição da velocidade da marcha.

A presença de um ou dois componentes do fenótipo seria indicativo de alto risco de desenvolver a síndrome (pré-frágeis) e três ou mais componentes estariam presentes em idosos frágeis. Esse fenótipo seria resultado de um ciclo representado por uma espiral com potencial decrescente de reserva de energia de múltiplos sistemas, transformando a causa inicial da fragilidade em um fator determinante de declínio funcional. A detecção precoce de um ou dois dos componentes da síndrome (condição pré-frágil) poderia evitar a instalação da mesma, a partir da adoção de intervenções específicas (FRIED *et al.*, 2001).

Em segundo lugar, fragilidade, comorbidade e incapacidade são condições clínicas distintas, embora possam ocorrer simultaneamente (FRIED *et al.*, 2001, FRIED *et al.*, 2005). A síndrome apresentada mostrou-se um fator preditor independente para desfechos adversos em saúde – quedas, diminuição da capacidade funcional, hospitalização, institucionalização e morte precoce. O desafio atual é traduzir o conhecimento, obtido nas pesquisas, na melhoria da qualidade assistencial voltada à população atendida pelos sistemas social e de saúde, reduzindo incidência, prevalência e consequências adversas da fragilidade. O potencial de reversibilidade por intervenções é, talvez, a principal característica que distingue o envelhecimento da fragilidade.

Quando o modelo de Fried (FRIED *et al.*, 2001; FRIED; WALSTON, 2003) foi validado, encontrou-se uma prevalência de 6,9% e uma incidência de 7,2% em quatro anos, com predominância entre as mulheres. Verificar como esse panorama se apresenta em nossa realidade e que relação existe entre fragilidade e cuidado em nosso meio é um dos objetivos do Estudo Sabe.

Considerando o modelo apresentado, a prevalência de fragilidade entre os idosos do município de São Paulo foi de 15,4%. Dentre esses, observou-se que 89,4% apresentaram baixa atividade física, 83,4% lentidão na velocidade da caminhada, 79,9% diminuição da força muscular, 59,8% exaustão e 30,3%, perda de peso.

Observa-se que a condição de fragilidade é mais acentuada entre as mulheres e entre os idosos mais longevos. Se for considerada a associação entre processo de fragilização e fragilidade verifica-se que a maioria da população idosa encontra-se nessa situação, o que terá um significativo impacto, em curto espaço de tempo, nas políticas assistenciais, sociais e de saúde. A fragilidade é mais importante entre os idosos sem escolaridade, indicando que, em nosso meio, ela também se mostra como uma iniquidade (tabela 7).

TABELA 7

Distribuição dos idosos segundo categorização de fragilidade e variáveis sociodemográficas no município de São Paulo – 2006

(Em %)

Características	Não frágil	Pré-frágil	Frágil	P
Sexo				
Feminino	31,3	51,4	17,3	0,006
Masculino	41,8	45,9	12,3	
Idade				
65-74 anos	45,2	47,3	7,5	0,000
75 anos ou +	23,8	51,5	24,7	
Escolaridade				
Analfabeto	15,3	59,6	25,1	0,000
1 a 3 anos	37,1	48,7	14,1	
4 a 7 anos	38,9	46,2	14,9	
8 anos e +	47,6	45,1	7,3	
Vive sozinho	32,8	56,2	11,0	0,127
Funcionalidade familiar (idoso)				
Boa funcionalidade	40,0	51,2	8,8	0,110
Disfunção moderada	35,6	51,9	12,5	
Disfunção elevada	22,2	58,7	19,1	
Funcionalidade familiar (cuidador)				
Boa funcionalidade	14,6	47,1	38,3	0,176
Disfunção moderada	0,0	49,7	50,3	
Disfunção elevada	8,2	36,2	55,6	
Sobrecarga do cuidador				
Sem sobrecarga	12,6	51,6	35,8	0,032
Sobrecarga leve	18,2	39,6	42,2	
Sobrecarga intensa	9,8	22,2	67,0	
Total	35,4	49,2	15,4	

Fonte: Estudo Sabe de 2006.

Ao se avaliar a funcionalidade familiar, do ponto de vista da pessoa idosa e de seus cuidadores (quando existentes), verifica-se uma proporção maior de idosos frágeis em famílias com moderada ou elevada disfunção familiar o que, sem dúvida, compromete sua capacidade assistencial, tornando-as menos capazes de assistir adequadamente as demandas de seus familiares. Essa condição é ainda pior quando analisada sob a visão dos cuidadores que, se associada à sobrecarga avaliada, mostra a condição de sofrimento em que se encontra o suporte informal dos idosos.

Na análise das variáveis relacionadas às condições de saúde, observa-se a associação da condição de fragilidade com a maioria das doenças consideradas, com especial atenção para as doenças cerebrovasculares sabidamente geradoras de importantes demandas assistenciais. As comorbidades e o comprometimento cog-

nitivo mostram-se fortemente associados a essa condição. A partir desses resultados, pode-se configurar o perfil de demandas acentuadas que acompanham os idosos mais fragilizados, o que permite compreender a sobrecarga referida pelos cuidadores e a urgente necessidade de desenvolvimento de apoio complementar.

TABELA 8
Distribuição dos idosos segundo categorização de fragilidade e variáveis sobre condições de saúde no município de São Paulo – 2006
(Em %)

Características	Não frágil	Pré-frágil	Frágil	P
Autoavaliação de saúde				
Muito boa/boa	51,9	42,4	5,7	0,000
Regular	28,5	60,0	11,5	
Ruim/muito ruim	21,0	55,0	24,0	
Hipertensão arterial	32,1	50,3	17,6	0,015
Diabete	23,9	55,2	20,9	0,000
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	26,7	52,0	21,3	0,080
Cardiovascular	26,0	52,1	21,9	0,001
Osteoarticular	31,7	50,0	18,3	0,036
Osteoporose	27,1	51,9	21,0	0,001
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	12,2	49,1	38,7	0,000
Autoavaliação nutricional				
Bem nutrido	40,8	50,5	8,7	0,002
Mal nutrido	17,4	62,9	19,7	
Índice de massa corporal				
Baixo peso (< 23 kg/m ²)	34,2	53,5	12,3	0,159
Eutrofia (23 ≥ IMC < 28 kg/m ²)	39,1	51,0	9,9	
Sobrepeso (28 ≥ IMC < 30 kg/m ²)	42,5	46,6	10,9	
Obeso (≥ 30 kg/m ²)	31,5	50,8	17,7	
Número de doenças				
Nenhuma	48,0	43,5	8,5	0,000
Uma	44,8	46,4	8,8	
Duas ou mais	29,5	52,1	18,4	
Déficit cognitivo	8,4	61,3	30,3	0,000
Sintomas depressivos	11,7	56,5	31,8	0,000
Mobilidade comprometida	29,9	51,9	18,2	0,000
Total	35,4	49,2	15,4	

Fonte: Estudo Sabe de 2006.

Quando se analisa a associação entre a condição de fragilidade e os desfechos de saúde, observa-se que os idosos frágeis ou em processo de fragilização são mais dependentes (tabela 9) e, assim, necessitam de mais cuidados formais e informais. Dada sua condição, utilizam mais os serviços de saúde, em especial a hospitalização e os serviços de urgência que, muitas vezes, representam a principal porta

de entrada desse grupo no sistema de saúde. Isso talvez possa ser explicado pela associação entre a dificuldade de acessar os serviços e a pior condição funcional dos idosos. Dada a maior dificuldade em mobilizá-los, a procura pelos serviços pode ser postergada ao máximo, só ocorrendo em casos mais extremos, o que tende a piorar ainda mais sua condição de fragilidade.

TABELA 9

Distribuição dos idosos segundo categorização de fragilidade e desfechos adversos de saúde no município de São Paulo – 2006

(Em %)

Características	Não frágil	Pré-frágil	Frágil	p
Queda no último ano	20,0	35,9	40,0	0,000
Fraturo após queda	12,2	17,0	22,6	0,314
Internação no último ano	5,1	9,9	29,8	0,000
Utilização de serviço de emergência	11,4	19,3	15,9	0,026
Dificuldade para acessar os serviços de saúde	19,7	28,5	47,7	0,000
Dificuldade em ABVD				
Nenhuma	88,7	74,4	34,7	0,000
Uma ou duas atividades	10,4	18,9	20,8	
Três ou mais atividades	0,9	6,7	44,5	
Dificuldade em AIVD				
Nenhuma	85,1	58,5	15,8	0,000
Uma ou duas atividades	11,4	28,9	25,5	
Três ou mais atividades	3,5	12,6	58,7	

Fonte: Estudo Sabe de 2006.

Nota: Nesta tabela as proporções foram calculadas em cada categoria de fragilidade.

É importante considerar as diferenças de cuidado demandadas pelas pessoas idosas e que os fatores clínicos considerados isoladamente não são capazes de determinar a real necessidade de serviços desse grupo etário. Existem muitas evidências mostrando que fatores culturais influenciam o papel da família no cuidado de seus idosos mais fragilizados e assim afetam suas demandas assistenciais. Um sistema fragmentado com pouca compreensão ou aceitação da grande heterogeneidade social e cultural, que envolve esse grupo, possivelmente falhará nas respostas às suas necessidades, implicando a alocação de muitos recursos com um resultado ineficiente e inapropriado.

As colocações aqui apresentadas partem de algumas premissas. É importante que exista um pacto entre as gerações que envolva valores e tradições, gerando um debate sobre o significado da sobrecarga da dependência, que a população idosa poderá apresentar verdadeiramente sem precedentes. Devemos lembrar que as pessoas idosas não são estranhas, são nossos pais e avós; são pessoas que se empenharam e, muitas vezes, sacrificaram-se para a construção da nação, provendo as

oportunidades das quais hoje desfrutamos. Eles nos representam em um diferente ponto de nosso curso de vida. Voltar as costas para essa questão significa voltar as costas para nós mesmos. Torna-se, assim, necessária uma mudança de consciência sobre tais questões e uma profunda reconceitualização sobre o que significa ser velho, adulto ou jovem e as relações entre essas diferentes gerações. É preciso começar a compreender a diversidade, a enxergar as diferenças culturais que podem constituir um recurso importante ou uma fraqueza.

O suporte informal é obviamente importante quando a pessoa idosa torna-se doente e funcionalmente dependente. Uma surpreendente quantidade de idosos que vivem sozinhos na comunidade é acometida por sérios comprometimentos funcionais. Outros são tão limitados quanto os idosos que residem em instituições, sendo que esses não poderiam sobreviver na comunidade se não recebessem ajuda de seus familiares e de sua rede de suporte informal. Se esse suporte não existisse, eles estariam sendo negligenciados ou teriam de se mudar para uma ILPI, aumentando a sobrecarga de financiamento de programas assistenciais. A capacidade da família e da rede local em prover esse suporte é, assim, crucial para o bem-estar dos idosos, particularmente daqueles com médios ou altos níveis de dependência, em que a presença ou ausência de suporte familiar pode ser a diferença entre continuar na comunidade ou necessitar residir em uma ILPI.

Quando a rede de suporte não consegue prover o cuidado de forma adequada ou por muito tempo, quer pela condição do idoso, quer pelo tamanho pequeno da rede, o cuidado comunitário formal ou a institucionalização são as únicas opções. No entanto, redes grandes não garantem, sozinhas, o suporte adequado. Para todos os grupos, a família é o centro da rede informal de apoio, particularmente em áreas rurais onde as distâncias entre amigos e vizinhos são grandes e o isolamento é mais frequente que nos centros urbanos. Para os economicamente menos favorecidos, as famílias servem como refúgio no qual o mínimo de suporte material e emocional está disponível. Para os idosos cujas famílias não estão disponíveis, a perda da capacidade funcional pode significar institucionalização e dependência dos sistemas formais de apoio.

REFERÊNCIAS

- ALLEN, S. M.; MOR, V. The prevalence and consequences of unmet need: contrast between older and young adults with disability. *Medical Care*, v. 35, n. 11, p. 1.132-1.148, 1997.
- ANGEL, R. J.; ANGEL, J. L. *Who will care for us? Aging and long-term care in multicultural America*. New York: New York University Press, 1997.

CAMARANO, A. A. *et al.* Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 137-167.

DESAI, M. M.; LENTZNER, H. R.; WEEKS, J. D. Unmet need for personal assistance with activities of daily living among older adults. *Gerontologist*, v. 41, n. 1, p. 82-88, 2001.

DUARTE, Y. A. O. *Família – rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares*. 2001. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2001.

_____. Envelhecimento, funcionalidade e arranjos domiciliares na América Latina e Caribe. Tese (Livre-Docência) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2005. p. 205.

_____. A perda da autonomia na velhice: o papel da família e do Estado. In: CERQUEIRA, A. T. de A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. de (Org.). *Compreendendo o cuidado do idoso: uma abordagem multiprofissional*. Botucatu: Cultura Acadêmica, UNESP, 2006a.

_____. Serviços de atendimento aos idosos. In: CERQUEIRA, A. T. de A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. de (Org.). *Compreendendo o cuidado do idoso: uma abordagem multiprofissional*. Botucatu: Cultura Acadêmica, UNESP, 2006b.

_____. Indicadores de fragilização na velhice para o estabelecimento de medidas preventivas. *A Terceira Idade*, v. 18, p. 7-24, 2007.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em gerontologia. *O Mundo da Saúde*, v. 29, n. 4, p. 566-574, 2006.

_____. Saúde e independência: aspirações centrais para os idosos. Como estão sendo satisfeitas? In: NERI, A. L. (Org.). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: SESC Editora, 2007.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Revista Panam. Salud Publica*, v. 17, n. 5/6, p. 370-378, 2005.

FRIED, L. P.; WALSTON, J. Frailty and failure to thrive. In: HAZZARD, W. *et al.* (Ed.). *Principles of geriatric medicine and gerontology*. 5th ed. New York: McGraw-Hill, 2003. Chapter 116, p. 1.487-1.502.

FRIED, L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J. Geront.*, v. 56, n. 3, p. M146-56, 2001.

_____. From bedside to bench: research agenda for frailty. *Sci Aging Knowl Environment*, v. 2, n. 31, p. 24, 2005.

GILL, T. M.; ROBISON, J. T.; TINETTI, M. E. Difficulty and dependency: two components of the disability continuum among community-living older persons. *Ann. Intern. Med.*, v. 128, n. 2, p. 96-101, 1998.

GRUMDY, E. Living arrangements and the health of older persons in developed countries. *Population Bulletin of the United Nations*, Special Issue, p. 42-43, 2001.

GURALNIK, J. M.; FRIED, L. P.; SALIVE, M. E. Disability as a public health outcome in the aging population. *Annu. Rev. Public Health*, v. 17, p. 25-46, 1996.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. *O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

LI, S. Y. Trajectories of ADL disability among community-dwelling frail older persons. *Research on Aging*, v. 27, n. 1, p. 56-79, 2005.

MACHADO, L.; QUEIROZ, Z. V. Negligência e maus tratos. In: FREITAS, E. V. et al. (Ed.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 791-797.

MAST, B. E.; MACNEIL, S. E.; LICHTENBERG, P. A. Por stroke and clinically-defined vascular depression in geriatric rehabilitation patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 12, p. 84-92, 2004.

MESSECAR, D. C. Family caregiving. In: CAPEZUTI, E. et al. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. 3rd ed. New York: Springer, 2008.

PINQUART, M.; SORENSEN, S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health. A meta-analysis. *Psychological & Ageing*, v. 18, n. 2, p. 250-267, 2003.

PINTOS, C. C. G. *A família e a terceira idade: orientações psicogerontológicas*. São Paulo: Paulinas, 1997.

RICHARDS, B. S.; LILLY, M. L. Gerontological family nursing. In: HANSON, S. M. H. *Family health care nursing: theory, practice and research*. 2nd ed. Philadelphia: FA Davis Publishers, 2001.

ROSA, T. E. et al. Determinant factors of functional status among the elderly. *Revista Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

SANTOS, J. L. F. Análise de sobrevivência sem incapacidade. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. (Org.). *O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS/MS, 2003. p. 167-181.

SANTOS, J. L. F. et al. Functional performance of elderly people in instrumental activities of daily living: an analysis in the municipality of São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 879-886, 2008.

TEIXEIRA, I. *Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2006.

_____.; NERI, A. L. A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multiterminado e evolutivo. In: FREITAS, E. V. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. cap. 115, p. 1.102-1.109.

VITALINO, P. P.; ZHANG, J.; SCANLAN, J. M. Is caregiving “hazardous to one’s physical health”? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, v. 129, p. 946-997, 2003.

WILKINS, S.; LAW, M.; LETS, L. Assessment of functional performance. In: BONDER, B. R.; WAGNER, M. B. *Functional performance in older adults*. Philadelphia: FA Davis, 2001. cap. 12, p. 236-251.

DOS ASILOS ÀS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: UMA HISTÓRIA DE MITOS E PRECONCEITOS

Micheline Christophe
Ana Amélia Camarano

1 INTRODUÇÃO

Nesta segunda década do terceiro milênio, as instituições asilares continuam sendo a modalidade mais comum de cuidado ao idoso dependente fora do âmbito familiar, em todo o mundo. No entanto, são comumente associadas a imagens negativas e preconceitos. Os asilos são ainda muitas vezes vistos como depósito de idosos à espera do tempo de morrer (NOVAES, 2003; BORN, 2001; DAVIM *et al.*, 2004).

Para Born (2001), na sociedade brasileira, os asilos são associados a pobreza, negligência e abandono do idoso pelas famílias. Sentimentos recorrentes de culpa e fracasso são enfrentados por famílias que levaram seus idosos para residir neste tipo de instituição, como apontado no capítulo de Camarano e Scharfstein neste livro. Como consequência, as famílias só buscam uma instituição para seus idosos quando esgotam a sua possibilidade de cuidar (KARSCH, 2003).

A história dos asilos pode ser recuada até a Grécia Antiga e sua trajetória no Ocidente explica grande parte do preconceito que ainda cerca este tipo de instituição. Inicialmente, o objetivo deste capítulo era recuperar a história das instituições asilares brasileiras, tentando entender por que são cercadas por preconceitos e resistências. No entanto, devido à falta de informações, não foi possível traçar uma linha contínua da sua evolução. Diante disso, este capítulo se limitou a apresentar, com base nas informações encontradas, uma história incompleta e, também, a discutir as visões predominantes entre especialistas e a mídia com relação ao cuidado asilar.

Está dividido em seis seções, sendo a primeira esta introdução. A segunda procura traçar a evolução das Instituições de Longa Permanência (ILPIs) brasileiras, buscando sua origem na caridade cristã europeia e acompanhando sua chegada ao Novo Mundo e ao Brasil. Procura-se na seção seguinte entender o que justifica os

mitos e os preconceitos em relação às ILPIs, discutindo a sua associação com as instituições totais. O papel da mídia reproduzindo e difundindo mitos e preconceitos, ou, ao contrário, contribuindo para sua superação é discutido na quarta seção. Na quinta, apresentam-se alguns exemplos de como as percepções em relação às ILPIs estão mudando tanto no plano nacional quanto internacional. Na sexta e última seção, tecem-se alguns comentários sobre a necessidade da redução dos preconceitos com vistas a assegurar a melhoria da qualidade dessa modalidade de atendimento.

2 A HISTÓRIA INCOMPLETA

2.1 Os primórdios

Os primeiros registros de *gerontokomeion* para cuidar dos idosos remontam à Grécia Antiga. Já a mais antiga legislação de funcionamento desses estabelecimentos foi encontrada no Império Bizantino, perpetuada no Código Justiniano, que data de 534 da era cristã.

Há indicações de que no mundo ocidental o primeiro *gerontocômio* foi fundado pelo papa Pelágio II (520-590), que transformou sua própria casa em hospital para idosos (REZENDE, 2002). Na Idade Média, no século X, na Inglaterra, construíam-se casas junto aos mosteiros, chamadas *almshouses*, destinadas à caridade (*alms*) e hospitalidade em geral, que serviam de abrigo para idosos desamparados e pessoas necessitadas (CANNON, 2004). A mais antiga *almshouse* de que se tem notícia foi estabelecida em York, em meados do século X. E a mais antiga ainda em funcionamento parece ser o Hospital de St. Cross, em Winchester, criado entre 1133 e 1136. Além de recursos dos mosteiros, estas instituições recebiam doações de outros benfeitores, que com isso tinham o poder de determinar quem poderia ou não ser atendido. No início do século XIII, as *almshouses* recebiam muitas doações deixadas por heranças.

O historiador Bois (1997) atribui à ruptura dos laços comunitários, ocorrida com a transição do feudalismo para o capitalismo e a formação das vilas e cidades, o surgimento de casas de cuidado coletivo. Segundo o autor, nesta época, instituições exclusivas de cuidados para idosos não se justificavam porque estes não constituíam uma categoria social. Eram invisíveis como grupo, devido à sua baixa proporção dentro da população. As instituições existentes visavam atender os desocupados, dado que a preocupação dominante era com a participação no mundo do trabalho. A população era classificada entre ocupados e desocupados, e na categoria de desocupados encontravam-se os idosos pobres. Os idosos ricos eram cuidados no seio de suas famílias. Ao longo dos séculos XIV e XV, na Alemanha, e depois em Flandres (Holanda) e na Itália, instituições de caridade se multiplicaram para cuidar dos pobres que não tinham lugar na estrutura dos burgos emergentes.

Na Inglaterra elisabetana (século XVI), com a promulgação das *Poor Laws*, que responsabilizavam o governo pelo cuidado com os pobres e mendigos, as *almshouses* proliferaram e se fortaleceram em sua missão de abrigar os necessitados: mendigos, órfãos, loucos, idosos, excluídos de maneira geral. Isto parece explicar parte da referência negativa a este tipo de instituição que persiste até a atualidade (BORN, 2001; BORN; BOECHAT, 2006). Na mesma época, na França, desenvolveu-se o chamado movimento hospitalar, no sentido original da palavra, de hospitalidade e cuidado, visando prioritariamente à ordem social, sedentarizando o beneficiário, tirado da rua. Surgiram os *Bureaux des Pauvres*, as *Aumônes*, *Charités* e *Hôtel-Dieu*, onde os miseráveis, e entre eles os velhos, conseguiam encontrar abrigo e alimento, em condições mínimas. Não havia distinção entre mendigo, doente, louco e velho.

Já no século XVII, na Inglaterra, com a Reforma Protestante e a fundação da Igreja Anglicana, as *almshouses* continuaram a ser estabelecidas em muitas localidades e cidades, independentemente da Igreja Católica. Os doadores continuaram a exercer o poder de determinar que pessoas seriam elegíveis para acolhimento, condicionando nesta época o benefício ao pertencimento à Igreja Anglicana. Esta condição só começou a mudar no século XIX, quando o empresário Thomas Cook fundou uma *almshouse* em sua cidade natal, Melbourne, livre de qualquer condicionamento para admissão, apesar de ter sido ele batista (CANNON, 2004).

Ao longo do século XVIII, com o Iluminismo e o advento do método e da razão, as instituições de residência de caridade passaram a se especializar, dividindo os seus beneficiários: crianças em orfanato, loucos em hospício e idosos em asilos. Atualmente encontram-se asilos em todo o planeta (BOIS, 1997; REZENDE, 2002; NOVAES, 2003).

Na França, nesse século, os idosos começaram a surgir como um grupo distinto, sendo-lhes destinado um local de hospitalidade, um hospício, cujo modelo veio da Holanda, em 1606: a fundação do *hoffie*,¹ na cidade de Haarlem, eternizado na pintura de Frans Hals, *Os regentes do asilo de velhos*. Até hoje existem *hoffies* em funcionamento para acolher especialmente mulheres idosas.

A partir do século XIX, foram criados na Europa asilos grandiosos, que abrigavam um número elevado de idosos. O maior de que se tem notícia é o Salpêtrière, que abrigava 8 mil doentes, dentre os quais 2 mil a 3 mil idosos. Segundo Beauvoir (*apud* POLLO; ASSIS, 2008), este pode ser considerado a primeira instituição geriátrica, espaço que possibilitou coletar dados clínicos e sociais sobre idosos.

1. Como era chamada a residência coletiva de idosos, localizada em geral em torno a uma praça ou a um lago.

Em todas essas instituições europeias, o cuidado muitas vezes era dever dos residentes que se encontravam em melhores condições para se ocupar dos seus companheiros de residência mais necessitados (CANNON, 2004).

2.2 As *almshouses* chegam ao Brasil

Atravessando o oceano Atlântico, no Novo Mundo, esse tipo de instituição de caridade chegou com os colonizadores ingleses, tendo se desenvolvido em várias modalidades: *almshouses*, *poorhouses*, *poor farms*, enfermarias do condado, asilos (*asylums*), casas do condado, sempre destinadas a abrigar pessoas carentes. Em alguns condados (*counties*), o governo central era proprietário destas casas e as administrava e em outros, as municipalidades cuidavam disso. Alguns condados evitavam os custos de construção e manutenção das *poorhouses* alojando os pobres fora de seus limites ou pagavam a fazendeiros para alojá-los, algumas vezes com toda a sua família (ELDERWEB, [s. d.]).

No Brasil, a primeira referência de asilo encontrada foi de uma instituição destinada a soldados, a *Casa dos Inválidos*, inaugurada no Rio de Janeiro, em 1797, em uma chácara na esquina da rua do Lavradio com a rua do Senado, especialmente construída para este fim. Foi criada pelo conde de Resende, quinto vice-rei do Brasil, que, em carta dirigida a Lisboa, afirmou a sua intenção de destinar a casa “... aos Soldados velhos, que pelos seus serviços se fazem dignos de uma descansada velhice”.² Sua história foi curta, tendo sido seus residentes transferidos no início do século seguinte para a Santa Casa. A chácara foi doada por dom João VI ao seu médico, como pagamento de dívida (FILIZZOLA, 1972).

Já no que se refere a asilos voltados, especificamente, para a população idosa, um dos primeiros de que se tem notícia, foi o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, criado em 1890, na cidade do Rio de Janeiro. Esta instituição trabalhava para que os idosos fossem identificados como uma população com características específicas, procurando torná-la visível e fazer dela um alvo das preocupações sociais. No entanto, funcionava como um mundo à parte, isolado do que acontecia no restante da cidade (NOVAES, 2003). Visava atender os velhos pobres, dentro da ótica filantrópico-assistencialista do século XIX. A partir de 1909, passou a manter uma ala que se destinava àqueles que podiam pagar uma mensalidade. Hoje, ainda em funcionamento, é considerado como uma instituição para idosos de alta renda.

Em fins do século XIX, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo prestava assistência a mendigos. Dado o aumento de internações para idosos, passou a definir-se como instituição gerontológica a partir de 1964 (BORN, 2002 *apud* POLLO; ASSIS, 2008).

A partir disso, além de algumas histórias de instituições isoladas, não é possível traçar uma linha histórica contínua de sua evolução. O que é bastante destacado

2. Ofício do Conde de Resende à Corte, *apud* Filizzola (1972, p. 26).

na literatura é a participação intensa das associações religiosas, filantrópicas e de imigrantes nesta atividade (BORN; BOECHAT, 2006), com destaque para a Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP).³

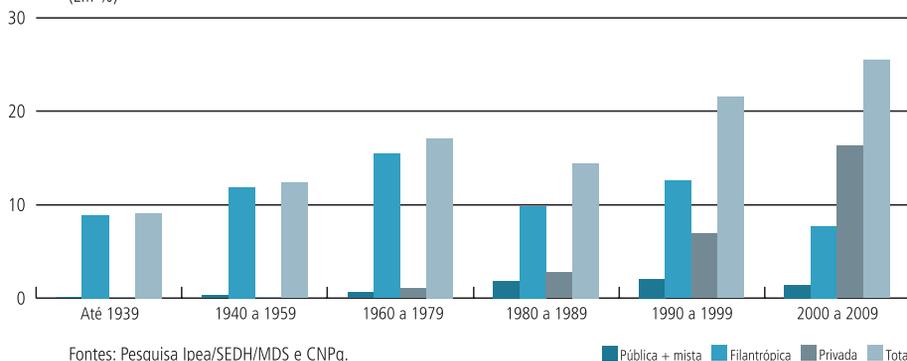
No entanto, uma inferência pode ser feita a partir dos dados da pesquisa nacional, de caráter censitário, sobre as ILPIs brasileiras, mencionada no capítulo de Camarano *et al.* deste livro. Porém, o levantamento refere-se a apenas um ponto no tempo, o que torna difícil saber como o número de instituições está variando. Ou seja, o seu número tem crescido para acompanhar o aumento da demanda? O retrato obtido é, portanto, um retrato estático. Além disso, a informação coletada refere-se apenas às instituições existentes no momento da pesquisa. É possível que muitas tenham sido abertas e fechadas ao longo do tempo.

Feitas as ressalvas anteriores, pode-se inferir que tem havido um crescimento monotônico no número de instituições brasileiras. O gráfico 1 mostra a distribuição proporcional das instituições brasileiras por ano de início de funcionamento e regime jurídico. As instituições filantrópicas predominam no conjunto das instituições brasileiras. Constituem quase dois terços delas. Até o final do século passado, eram as que apresentavam o crescimento mais acentuado. Mas na primeira década deste século, enquanto 245 instituições filantrópicas começaram a funcionar, 520 privadas com fins lucrativos o fizeram. Ou seja, pode-se dizer que, no período recente, o que se tem verificado é um grande crescimento das instituições privadas com fins lucrativos. Apenas 6,4% das instituições brasileiras são públicas ou mistas. Isso significa 204 instituições, número bem menor que o total de instituições religiosas vicentinas, que ultrapassa 700.⁴

GRÁFICO 1

Brasil: distribuição proporcional das ILPIs por natureza e ano de início de funcionamento – 2007-2009

(Em %)



3. A SSVP está presente no Brasil há 133 anos e, em 2010, mantém 700 ILPIs.

4. Para mais detalhes desta pesquisa, ver o capítulo de Camarano *et al.* neste livro.

3 MITOS E PRECONCEITOS EM RELAÇÃO ÀS ILPIs: O QUE JUSTIFICA?

Reconhece-se que, no Brasil, recorrer a ILPIs é uma atitude polêmica, carregada de preconceito. A valorização negativa é mais forte quando a decisão pela internação é tomada pela família (ALCÂNTARA, 2004). Parte do preconceito pode ser decorrente de que a história da institucionalização da velhice começou como uma prática assistencialista, predominando na sua implantação a caridade cristã. A institucionalização era resultado da pobreza individual e familiar e o termo asilo cristalizou-se como sinônimo de instituição para idosos pobres.

É possível referir-se a duas visões em relação ao cuidado institucional. A primeira, mais tradicional, argumenta que essa modalidade de cuidado é caracterizada pela prática de restrição e controle, onde os residentes têm de obedecer a normas estritas. As críticas a essa forma de cuidar deram origem a uma nova visão e prática, centrada nos direitos humanos (REDONDO; LLOYD-SHERLOCK, 2009).

O primeiro ponto de vista se fundamenta na associação quase direta que se faz entre asilos e instituições totais, como estas são definidas na teoria de Goffman, em 1961 (ver GOFFMAN, 2007). Tais instituições abrangem manicômios, prisões, asilos, colégios internos e forças armadas, mas também certas formas de organização do trabalho, como uma plataforma de petróleo, entre outras. Em comum, entre outros aspectos, estas instituições impõem ao seu público um isolamento em relação ao ambiente externo.

Para Debert (1999), a associação entre asilos e instituições totais é quase automática, associação à qual Graeff (2007, p. 7) se refere como “ficção de origem”. Disso decorre a pressuposição de que todo asilo é um espaço social fechado, com regras minuciosas para limitar e homogeneizar as atividades de seus habitantes, conduzindo gradativamente ao que Goffman (2007) chamou de “mortificação do eu”.

Segundo Goffman, “uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, *separados da sociedade* mais ampla por considerável período de tempo, *leva uma vida fechada e formalmente administrada*” (ver GOFFMAN, 2007, p. 7, grifo das autoras). O autor classifica as instituições totais em *cinco grupamentos*, ressaltando que embora todas elas tenham a *característica comum* de promover o *isolamento* do internado e o *fechamento* da instituição em diversos graus, *nenhuma apresenta todas as características por ele descritas em estado puro*, (ver GOFFMAN, 2007, p. 17, grifo das autoras). De acordo com o autor, pode-se falar em cinco características das instituições totais a seguir descritas.

- 1) Instituições criadas para cuidar das pessoas que se acredita serem *incapazes e inofensivas*.
- 2) Locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que constituem também uma *ameaça* à comunidade, embora de maneira não intencional(...).
- 3) Instituições organizadas para “*proteger a comunidade* contra perigos intencionais, e o bem-estar das pessoas assim isoladas não constitui o problema imediato (...)”.
- 4) Instituições *estabelecidas com a intenção de realizar de modo mais adequado alguma tarefa* de trabalho e que se justificam apenas através de tais fundamentos instrumentais.
- 5) Estabelecimentos destinados a servir de *refúgio* do mundo, embora muitas vezes sirvam também como locais de instrução para os religiosos (ver GOFFMAN 2007, p. 16, grifo das autoras).

O *aspecto central das instituições totais* é a *ruptura* das fronteiras que separam as três esferas básicas da vida (brincar/divertir-se, trabalhar e dormir). Todos os aspectos da vida são realizados em *um só lugar*, sob uma única *autoridade*. Cada fase da atividade diária é realizada *em companhia de um grupo* grande de outras pessoas, obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto, em horários predefinidos e em sequência, o que é imposto verticalmente por regras formais explícitas aplicadas por funcionários. *Controle* é o fato básico das instituições totais, determinando muitas de suas características, entre as quais a *vigilância* exercida por uma pequena equipe de funcionários, integrada ao mundo externo. “Cada grupo tende a conceber o outro através de estereótipos limitados e hostis” (GOFFMAN, 2007, p. 19, grifo das autoras).

A mobilidade social entre os estratos é limitada. Ressalta-se o *caráter binário* dessas instituições: são dois mundos sociais e culturais diferentes que pouco se interpenetram (a burocracia *versus* os internados). Segundo Goffman, tais instituições são *incompatíveis com o trabalho pago e com a família* (GOFFMAN, 2007, p. 22, grifo das autoras).

É esse caráter binário e a dimensão do controle, descritos no trabalho de Goffman, que Faleiros (2007) retoma para construir sua teoria sobre as relações sociais em instituições – quer sejam para doentes mentais ou para idosos, hospitais ou asilos –, considerando que estas são marcadas pela *desigualdade nas relações de poder* entre equipe, direção e usuários.

Born e Boechat (2006) também se referem à teoria de Goffman, ligando os asilos à categoria destinada ao cuidado com pessoas inofensivas e incapazes (cegos, velhos, órfãos e indigentes). É esta percepção arraigada no imaginário popular que se vê reforçada pelas notícias veiculadas na imprensa de fechamento de asilos por maus-tratos e mau funcionamento.

Graeff (2007) considera a ligação entre ILPIs e a taxonomia de Goffman um mito de origem, que tinha sentido na época em que a teoria foi formulada, de sociedades disciplinares, quando o indivíduo passava de uma sociedade fechada para outra: da família para a escola, da escola para a fábrica, da fábrica para o casamento e daí para o hospital ou até a prisão ou asilo.

A evidência empírica brasileira não parece confirmar a associação entre ILPI e instituição total em sua plenitude. Por exemplo, o “grau de totalidade” das instituições depende do grau de dependência dos idosos. Como se viu no capítulo de Camarano *et al.* neste livro, das instituições que responderam ao levantamento Ipea, 21,2% declaram funcionar em regime aberto e 29,0% em regime fechado. As demais funcionam em regime semiaberto.

Camarano e Scharfstein, neste livro, mostraram com base em uma pesquisa qualitativa em três instituições abertas que idosos independentes têm total liberdade de ir e vir, o mesmo ocorrendo com seus familiares. Em duas delas, alguns residentes trabalham fora da instituição. A participação dos residentes nas atividades de lazer oferecidas bem como cursos diversos, treinamentos etc. é voluntária. A família e a comunidade são também estimuladas a participar dessas atividades.

Por outro lado, na grande maioria das instituições, as refeições são feitas em horários estabelecidos por elas. Na verdade, pela própria natureza de seu trabalho – cuidar de pessoas com características semelhantes, coletivamente – as ILPIs precisam se organizar com horários preestabelecidos e incentivar as pessoas a partilharem das três esferas da vida (divertir-se, trabalhar, dormir) em grupo.

Analisar as ILPIs pela taxonomia de Goffman requer ir além de observar a exclusão e ruptura com o mundo exterior. A exclusão parece refletir-se na própria denominação da instituição. O vocábulo *asilo* deriva-se etimologicamente do grego *asylon* através do latim *asylum*, e remete a abrigo, refúgio e também a lugar inviolável, marcando assim a exclusão do contato externo (REZENDE, 2002).

Quanto à ruptura dos laços sociais dos residentes, Davim *et al.* (2004) e Novaes (2003) ressaltam que as ILPIs favorecem o isolamento do idoso, sua inatividade física e mental, provocando consequências negativas para sua qualidade de vida. Em um estudo de caso em uma instituição em Caratinga (MG), Freire Júnior e

Tavares (2004-2005) verificaram que os idosos residentes, por estarem recortados de seu ambiente, onde construíram sua vida e seus significados, sentem saudades e desejos resultantes da exclusão e da limitação de sua nova situação.

Sentimentos de desamparo e abandono tendem a ser gerados entre os residentes, que estão vivendo a última fase de suas vidas, mas isso, de uma maneira geral, independe do lugar de moradia (SCHARFSTEIN, 2006). Idosos em geral sentem a redução de seu círculo de relações pelas mortes e afastamentos (DEBERT, 1999).

Assume-se ser importante relativizar a questão da ruptura dos laços sociais do residente nas ILPIs. Por exemplo, entre os motivos alegados para procurar a residência em ILPIs citam-se a ausência de família e a necessidade de contatos sociais, ou seja, espera-se que as instituições propiciem a formação de novos vínculos sociais. Isto foi observado por Camarano e Scharfstein e descrito no capítulo das autoras neste livro. As autoras também mostram que para muitos residentes, anteriormente moradores de rua, “o estar” em uma instituição permitiu o reencontro com familiares, o reatamento de vínculos perdidos e a manutenção dos ainda existentes. O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) recomenda que as instituições façam um trabalho com parentes e residentes no sentido de manutenção dos laços familiares.⁵

Ou seja, o conceito de ruptura, por exemplo, parece não se adequar ao que ocorre na prática das famílias. Aproximadamente 22% dos idosos brasileiros viviam sem a companhia de nenhum familiar em 2008. Considerando aqueles que declararam ter alguma dificuldade para as atividades da vida diária, esta proporção aumenta para cerca de 25%. Em geral, nesta fase da vida, o idoso já reduziu o alcance de suas relações com a saída dos filhos de casa para formar suas próprias famílias. Então, morar em uma ILPI, para muitos, pode ser mudar de domicílio e ter a vida organizada, renovando laços sociais. Mesmo para idosos que viviam com familiares antes da ida para uma instituição, os vínculos podem se manter após a mudança e se mantêm, dependendo da relação estabelecida entre os membros.

Graeff (2007), em seu estudo etnográfico no Asilo Padre Cacique (RS), observou que, ao ingressar em uma ILPI e afastar-se de seu ambiente social, a pessoa idosa tende a ressocializar-se no novo ambiente, estabelecendo relações afetivas com outros residentes, funcionários e voluntários.

Além da sua origem associada à pobreza e ao abandono, parece que o medo da morte e da finitude explica, também, parte do preconceito ainda existente em relação aos asilos. Como eles são destinados a pessoas que estão vivendo a última fase da vida, todas elas permanecem em constante contato com a finitude, com

5. Ver artigo 40, parágrafo 3.

perdas e doenças. Por isso, o ingresso em um asilo não vem acompanhado de um projeto de retorno à comunidade e à família.

Essa constatação remete às reflexões do sociólogo alemão Norbert Elias, para quem, nas sociedades avançadas contemporâneas, a segregação da velhice situa-se como uma tentativa de evitar a ideia da morte, de esconder o futuro que a todos espera. De acordo com o autor, não há lugar na sociedade para aqueles que estão próximos da morte, porque a finitude do outro é uma lembrança de nossa própria finitude. Os moribundos são afastados para os bastidores da vida social, criando em seus ambientes o que o autor chamou de “desertos de solidão” (ELIAS, 2001).

Além disso, denúncias de violência praticada nas instituições pela mídia reforçam os preconceitos já existentes. Alguns paradigmas institucionais em gerontologia consideram que os asilos reproduzem os abusos cometidos em outras instituições de exclusão social, como as psiquiátricas e as penitenciárias (VIEIRA, 2006). Ou seja, são espaços de cultura manicomial. No entanto, deve-se reconhecer que tanto família como asilos são instituições idealizadas. A família é um espaço de disputa de poder entre gêneros e gerações. Viver com os filhos não é garantia de respeito, cuidado adequado ou de ausência de maus-tratos (DEBERT, 1999). A autora cita exemplos de denúncias de violência física contra idosos que são mais frequentes quando diferentes gerações convivem na mesma unidade doméstica.

Outro preconceito comumente levantado pela literatura diz respeito à perda de privacidade e consequente perda de individualidade existente nas instituições. Alguma inferência sobre a existência ou não de privacidade pode ser obtida através das informações sobre o número de pessoas abrigadas por quarto levantadas pela pesquisa Ipea. Do total de quartos encontrados nas instituições brasileiras, 36,6% são individuais, o que confere um certo grau de privacidade para os residentes. Por outro lado, em 13,8% dos quartos residem quatro ou mais pessoas.

Não se tem dúvidas de que residir num quarto individual depende em muito das condições socioeconômicas dos residentes. Num país como o Brasil, marcado pela diversidade cultural e desigualdades socioeconômicas, pode-se esperar que as instituições para idosos também reflitam estas condições e, por isso, sejam muito heterogêneas. É difícil, portanto, para o modelo vigente de ILPI preservar a privacidade total de cada residente, principalmente as públicas e filantrópicas. Privacidade é considerada pelos economistas como um bem de luxo.

Em muitas situações, onde predomina o espaço coletivo, os armários individuais são muitas vezes o único espaço de intimidade e preservação da identidade. Nestes armários armazena-se o estoque de lembranças, através dos objetos, fotos,

roupas, secretamente organizados, muitas vezes fechados a cadeado. Goffman chama as camas e criados-mudos de estojos de identidade (DEBERT, 1999).

A baixa qualidade do serviço prestado por algumas instituições também reforça o preconceito. Em geral, muitas instituições surgem espontaneamente, em razão das necessidades da comunidade e, por isso, podem apresentar problemas na qualidade dos serviços oferecidos (BORN; BOECHAT, 2006). Isto reflete uma ausência do Estado nessa questão. Salienta-se, também, que a má qualidade dos serviços não é exclusividade dessa modalidade de atenção, o que não justifica a existência de preconceitos.

Por outro lado, também se encontram casos de instituições exemplares que chamam a atenção para esta modalidade de cuidado tanto para a população de alta quanto de baixa renda. Uma instituição bancária privada nacional (Banco Real) já premiou algumas ILPIs no concurso que promove anualmente para iniciativas voltadas para a terceira idade, chamado Talentos da Maturidade. Entre elas, citam-se o Asilo Mão Branca, em São Paulo (SP) e o asilo mantido pela SSVP em Curitiba (PR).

Ou seja, não é possível condenar e descartar uma modalidade de serviço pelo fato de existirem experiências ruins, até porque a demanda por este tipo de serviço tende a aumentar, como é visto, neste livro, no capítulo de Camarano e Kanso. O que se requer, portanto, é uma melhora na qualidade desses serviços, com base em regulação específica e fiscalização atuante. Não se tem dúvidas de que melhoras nessa modalidade de atendimento estão em curso, o que se deve a um monitoramento maior por parte da sociedade: conselhos do idoso, Ministério Público, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) entre outros.⁶ Melhora da qualidade, redução de preconceitos e aumento da oferta de instituições são fatores bastante relacionados.

4 EXPRESSÃO DOS MITOS E PRECONCEITOS: A MÍDIA

Os mitos e os preconceitos discutidos anteriormente não são encontrados apenas na literatura especializada, mas também na mídia, no comportamento dos familiares, nas declarações de personalidades públicas, na propaganda etc. Pode-se dizer, também, que está em curso uma mudança de visão em relação ao cuidado institucional, o que se expressa nessas mesmas esferas.

Ressalta-se em primeiro lugar que a mídia tem uma visão negativa a respeito do envelhecer. Debert (1999), em uma pesquisa realizada em revistas e anúncios

6. O capítulo de Giacomini e Couto, neste livro, discute a questão da fiscalização das ILPIs.

de publicidade brasileiros da década de 1990, observou uma tentativa de se disseminar uma visão de idoso saudável, ativo, dono de seu tempo, independente dos filhos. Não encontrou espaço para a tradicional imagem da velhice: doença, decadência, dependência. Isso contribui para reforçar preconceitos em relação a quem não experimenta um estilo de vida ativo, a quem não se sente tão saudável ou independente. Pode resultar em que o idoso se sinta culpado por sua própria fragilidade. A ênfase colocada nas políticas de envelhecimento saudável reforça esse preconceito. De acordo com a autora, nas sociedades monetárias, em busca da eterna juventude, parece não haver lugar para a velhice frágil.

Esse preconceito às vezes se origina do próprio idoso. Um exemplo disso ocorreu em Cannes, em maio de 2010, no lançamento de um filme de Woody Allen, 74 anos. A mídia mundial – incluindo a brasileira – repetiu à exaustão a declaração do festejado cineasta: “Não há vantagem nenhuma em envelhecer. Você não fica mais esperto, mais sábio, mais doce ou mais educado. Você começa a sofrer com dor nas costas, indigestão, a visão fica pior, e vai precisar de ajuda para ouvir. É uma coisa muito ruim ficar velho. Recomendo que vocês não o façam”.

Isolamento da velhice e ocultação da morte não são exclusividades do nosso século. Todas as sociedades em maior ou menor grau enfrentaram essa questão do final da vida. E as artes de nosso tempo retratam esta questão, como, por exemplo, o cinema. *A Balada de Narayama* (1983), do diretor japonês Shohei Imamura, passa-se no Japão feudal do século XIX e expressa essa exclusão social como um valor cultural. Mostra, também, como é percebida pela família. Uma idosa, chegando perto da idade em que as pessoas se retiram da vida social para morrer numa montanha isolada, sendo ainda saudável, sem sinal de decrepitude, fica com vergonha da própria saúde e quebra os próprios dentes em uma pedra, para mostrar que está chegando a sua hora e pupar os filhos do peso de mais uma boca a alimentar.

Por outro lado, neste mesmo filme, como retratado por Burlá, Py e Scharfsstein neste livro, essa mulher foi carregada pelo filho para o alto da montanha. O filho aparenta enorme tristeza, pois é ligado a essa mãe por vínculos amorosos fortes. Na descida da montanha, o filho vê outro filho largando o pai em uma situação bem distinta da sua: o velho está amarrado, como um pacote, gritando e se debatendo, até que é lançado montanha abaixo. Para as autoras, o filme retrata que a subida a Narayama pode significar o cumprimento de uma exigência cultural, de forma serena e amorosa, como no caso da velha. Mostra, também, que isso pode ser cumprido de forma impiedosa, ilustrado pelo filho que atira o pai à morte de forma cruel.

Essas autoras acreditam que a dificuldade de aceitar as ILPIs no contexto da cultura brasileira em muito se assemelha à peregrinação ao topo da congelada

Narayama, na forma como o filho atira o pai montanha abaixo. Por outro lado, há de se reconhecer que outro filho conduz a mãe carinhosamente até o topo da montanha. Ou seja, residir em uma instituição pode ser uma alternativa de residência adequada para várias situações. Ela pode ser vista e vivida sem temor, o que depende muito dos preconceitos, das normas culturais e das relações familiares. É de se esperar que o preconceito com relação ao envelhecimento se projete também no preconceito em relação ao asilo, na mesma lógica já exposta do espelho – “Não quero ver o que eu posso ser amanhã” – ou na autoconfrontação com a morte – “Daqui só saio para o túmulo”.

Como qualquer outro preconceito, a mídia tem um papel importante ao “alimentá-lo”, bem como ao ser alimentada por ele. Um caso memorável de preconceito no Brasil é o da Clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, onde morreram 156 idosos entre os meses de janeiro e maio de 1996 (ALVES FILHO, 1996). Apesar de ser sempre citada como exemplo, a instituição mencionada não era um asilo ou uma ILPI. Era um estabelecimento de saúde.⁷ Por outro lado, as denúncias de maus-tratos, abandono e mortes ocorridas nessa instituição não invalidam a existência da modalidade de cuidado institucional. Além disso, abandono, negligência e maus-tratos também são encontrados nas famílias onde a fiscalização é mais difícil.

Em 2009, uma das mais conceituadas produtoras de animação, a americana Pixar, lançou um filme que fez enorme sucesso, chamado *UP*. O personagem principal era um velhinho de 78 anos, Carl, vendedor de balões, que, diante da iminência de ser internado compulsoriamente em um asilo, resolveu fugir. Amarrou milhares de balões de gás hélio à sua casa, e alçou voo, convertendo-a em um dirigível que o conduziu a inúmeras aventuras. Ou seja, se por um lado o velhinho do desenho animado produz empatia no público de todas as idades, por outro o filme passa uma mensagem clara: o asilo é um lugar a se evitar.

Já se percebe na mídia novos olhares sobre esse tipo de instituição. Por exemplo, a Rede Globo de Televisão transmitiu, no período de 5 de outubro de 2009 a 9 de abril de 2010, a novela *Cama de Gato*. Entre os seus cenários destacava-se um asilo para idosos de alta renda, apresentado como uma alternativa de moradia para idosos independentes, que não queriam morar sós. Mostrou o asilo como uma residência que propiciava integração entre os residentes – com namoro e casamento –, entre gerações e familiares, na figura, por exemplo, de uma neta que ia dormir com a avó.

7. Para detalhes desta diferença, ver Romero *et al.* neste livro.

A revista *IstoÉ* publicou, em 13 de março de 2010, uma reportagem sobre ILPIs brasileiras, intitulada *Como se estivéssemos em casa*. Outra reportagem do jornal *O Globo*, de 8 de dezembro de 2009, aponta para a necessidade de mais instituições para cuidar de um “país que envelhece”. O *Jornal Nacional*, em dezembro de 2006, entrevistou residentes do Abrigo Cristo Redentor e da Casa Gerontológica, ambos no Rio de Janeiro. Todos os entrevistados alegaram a vantagem de morar numa residência coletiva para não depender dos filhos.

Nos casos citados, instituições são vistas como uma residência coletiva que propicia integração social, criação de laços afetivos e não implica, necessariamente, rompimento de laços familiares. Isso foi observado no trabalho de campo descrito no artigo de Camarano e Scharfstein neste livro, bem como na pesquisa desenvolvida por Graeff (2007).

5 PERCEPÇÕES EM MUDANÇA

A mudança na percepção de instituições como uma alternativa de cuidado/moradia para a população idosa extrapola a expressa pela mídia brasileira. Está em curso em quase todo o mundo e em vários setores da sociedade. Isto deve ser resultado das transformações por que passa a família. Alguns exemplos são destacados aqui.

No Japão, onde os valores familiares eram muito arraigados, já se nota uma transformação na percepção dos idosos em relação à coresidência com filhos adultos. Uma pesquisa de opinião levantou por vários anos seguidos a percepção de idosos no tocante às relações com os membros mais jovens da família. A maioria deles declarou que o melhor para a família como um todo seria viver junta. No entanto, essa proporção decresceu de 59,4% para 43,5% entre 1981 e 2001. Por outro lado, aumentou a proporção de idosos que afirmou que o melhor é os membros jovens e idosos de uma família se encontrarem ocasionalmente para uma refeição conjunta ou um simples bate-papo (SAGAZA, 2003).

Outras evidências apontam para uma redução na intenção de pessoas mais velhas em confiarem no cuidado dos filhos. A proporção de idosos que preferem hospitais ou instituições para serem cuidados tem crescido (OKAZAKI, 1994). Outra pesquisa investigou as expectativas das mulheres de meia-idade quanto ao cuidado de seus pais idosos e ao recebimento de apoio por parte dos filhos. As informações foram obtidas pelas respostas dadas à pergunta: “Você está esperando depender do seu filho quando ficar idosa?” A proporção de mulheres que disseram sim declinou de 65% para 17% entre 1950 e 1994. Além disso, a de respondentes que se achava responsável pelo cuidado dos pais passou de 80% para 51% no mesmo período (OGAWA; RETHERFORD; SAITO, 2001, p. 23-24).

Pesquisas sobre valores e atitudes realizadas na Índia (JAMUNA, 2003 *apud* REDONDO; LLOYD-SHERLOCK, 2009) também apontam para uma mudança substancial de percepção sobre o cuidado institucional entre 1984 e 1994. Em 1984, 91% dos filhos adultos entrevistados reportaram que era sua obrigação cuidar dos pais idosos. Em 1994, esta proporção declinou para 77%. Essa mesma pesquisa mostrou que, em 1984, nenhum filho aceitava a ideia de que seus pais fossem morar em uma instituição. Dez anos mais tarde, era de 23% o percentual de filhos que aceitava essa ideia (JAMUNA, 2003 *apud* REDONDO; LLOYD-SHERLOCK, 2009).

No Brasil, os dados da pesquisa empreendida pela Fundação Perseu Abramo e pelo Serviço Social do Comércio (SESC) sobre “Idosos brasileiros: vivências, desafios e expectativas na 3ª idade” permitem alguma inferência sobre o grau de aceitação da residência em instituições. A população entrevistada foi dividida entre idosos e não idosos. A aceitação foi maior por parte dos não idosos comparada aos idosos (76% e 67%). Essa proporção diminuiu de forma não monotônica com a idade e mais intensamente entre os homens. Isso pode sugerir que as gerações mais novas têm uma visão mais favorável à residência numa ILPI que as anteriores, o que pode, por um lado, ser interpretado como uma mudança de percepção. Por outro, esses indivíduos encontram-se mais distantes da possibilidade de necessitarem de cuidados permanentes, o que pode torná-los mais propensos a aceitar tal tipo de residência (CAMARANO, 2007, 2008).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia propôs mudar a nomenclatura de asilos para ILPIs. Na verdade, segundo Born e Boechat (2006), a mudança proposta extrapola o objetivo de apenas uma troca de nomenclatura. Em virtude do envelhecimento populacional e da sobrevivência por um tempo longo de pessoas com deficiências físicas, mentais e cognitivas, propôs-se um novo paradigma de cuidado. A função das instituições deve ir além do abrigo, o que requer que estas sejam integradas não só à rede de assistência social, mas, também, à rede de saúde. Esta mudança de paradigma/nomenclatura pode contribuir para a redução do preconceito ao ampliar o papel das instituições.

6 CONCLUINDO: ACABARÃO OS PRECONCEITOS?

Não há um consenso entre os especialistas sobre as vantagens ou desvantagens do cuidado institucional. A maioria deles afirma que é melhor para o idoso dependente ser cuidado pela família. Não recomendam a residência institucional por acreditarem que os processos patológicos aos quais a velhice está sujeita se aceleram no interior dessa residência. Para outros, a residência é recomendável pela possibilidade de acesso a cuidados e serviços especializados (ALCÂNTARA, 2004).

Acredita-se que as vantagens e/ou desvantagens dessa forma de cuidado dependem muito das necessidades de cada idoso e da disponibilidade da família de cuidar. O pertencimento a uma instituição pode representar uma alternativa de amparo, proteção e segurança, principalmente, para os que não têm família e para aqueles que experimentam uma situação de conflito familiar. Por outro lado, há de se reconhecer que a demanda por esta alternativa tende a crescer, como sugerem as projeções apresentadas por Camarano e Kanso e os numerosos idosos residindo em hospitais, por não terem como ser cuidados fora do hospital, como mostram Romero *et al.*, ambos neste livro.

A legislação brasileira que responsabiliza a família pelo cuidado de seus membros idosos é fruto dos preconceitos em relação ao cuidado institucional, mas ao mesmo tempo os reforça. Dada a pouca atuação do Estado brasileiro no tocante à oferta dessa modalidade de serviços, a responsabilização da família para esta tarefa e a sua culpabilidade, no caso de omissão, cumprem um papel (seja intencional ou não) de reduzir a demanda efetiva por serviços públicos. Os preconceitos contribuem também para a redução da demanda por instituições privadas, o que diminui a sua oferta.

Não há dúvida de que parte dos preconceitos origina-se da má qualidade dos serviços. Por outro lado, uma baixa oferta de instituições não contribui para a melhoria dos serviços. Uma oferta ampla de instituições permite a escolha por parte do usuário e funciona como um mecanismo de pressão para a melhoria da qualidade. Acredita-se, portanto, que redução de preconceitos, oferta ampla e melhoria de serviços são fatores interrelacionados e importantes para fortalecer essa forma de residência e cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALVES FILHO, F. Tragédia no depósito de velhos. *Revista ISTO É*, 12 de jun. 1996. Disponível em: <<http://www.terra.com.br/istoe/political/139324.htm>> Acessado em: 25 mar. 2008.
- ALCÂNTARA, A. O. *Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos*. Campinas, SP: Alínea, 2004.
- BALADA de Narayama (Narayama bushi-ko)*. Direção: Shohei Imamura. Intérpretes: Sumiko Sakamoto; Ken Ogata. Japão, 1983. Longa metragem.
- BOIS, J.-P. De la vieillesse em communauté à la vieillesse em colectivité. *Revue Génération*, n. 10-11-12, p. 6-12. Louvain, Bélgica: Université Catholique de Louvain, Université de Nantes, Département d'Histoire. nov. 1997.
- BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. de *et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1.131-1.141.

- BORN, T. Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha? Considerações sobre a família, asilo, (im)previdência social e outras coisas mais. *Revista Kairós – Gerontologia*, v. 4, n. 2, p. 135-148, 2001.
- BRASIL. Congresso. *Lei nº 10.741*, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>>
- CAMARANO, A. A. Cuidados de longa duração para a população idosa. *Sinais Sociais*, v. 3, p. 10-39, 2008.
- CAMARANO A. A. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. In: NÉRI, A. L. (Org.). *Idosos no Brasil – vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Perseu Abramo e SESC, 2007. p. 169-190.
- CANNON, J. *A dictionary of british history*. 2004. Disponível em: <encyclopedia.com>
- DAVIM, R. M. B. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 3, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300010&lng=en&nrm=iso> Acessado em: 21 mar. 2006.
- DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/ Fapesp, 1999.
- ELDERWEB. Disponível em: <<http://www.elderweb.com>>, [s. d.]. Acessado em: 25 abr. 2009.
- ELIAS, N. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- FALEIROS, V. de P. *Saber profissional e poder institucional*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 159.
- FILIZZOLA, M. *A velhice no Brasil: etarismo e civilização*. Rio de Janeiro: Companhia Brasileira de Artes Gráficas, 1972.
- FREIRE JÚNIOR, R. C.; TAVARES, M. de F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 9, n. 16, set.2004-fev.2005.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007. p. 312. [1961].
- GRAEFF, L. Instituições totais e a questão asilar: uma abordagem compreensiva. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*. v. 11, p. 7-25. Porto Alegre: PROREXT/UFRGS, 2007.
- KARSCH, U. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003
- NOVAES, R. H. L. *Os asilos de idosos no estado do Rio de Janeiro – repercussões da (não) integralidade no cuidado e na atenção à saúde dos idosos*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2003.
- OGAWA, N.; RETHERFORD, R. D.; SAITO, Y. Care of the elderly and women's labour participation. SEMINAR ON POPULATION AGEING IN THE INDUSTRIALIZED COUNTRIES: CHALLENGES AND RESPONSES Tokio, Japão. 19-21 mar. 2001. (versão revisada).
- OKAZAKI, I. *The basic knowledge about the ageing society*. Tokyo: Chuo Houki Shyuppan, 1994.

POLLO, S. H.; ASSIS, M. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, 2008.

REZENDE, J. M. de. *Linguagem Médica: “institucionalização” do idoso*. 2002. Disponível em: <<http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/idoso.htm>> Acessado em: 23 abr. 2008.

REDONDO, N.; LLOYD-SHERLOCK, P. *Institutional care for older people in developing countries: repressing rights or promoting autonomy? The case of Buenos Aires, Argentina*. The School of International Development, UK: University of East Anglia, 2009 (DEV Working Paper Series, n. 13).

SAGAZA, H. Living arrangements of the elderly in Japan. *Aging in Japan*. Japan Tokyo: The Nippon Foundation, Aging Research Center, 2003.

SCHARFSTEIN, E. A. *Instituições de longa permanência – uma alternativa de moradia para os idosos brasileiros na vida contemporânea*. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: UFRJ, Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, 2006.

VIEIRA, E. B. Instituições de longa permanência. In: VERAS, R.; LOURENÇO, R. (Org.). *Formação humana em geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar*. Rio de Janeiro: UnATI/ UERJ, 2006. p. 340-343.

INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABRIGO OU RETIRO?*

Ana Amélia Camarano
Eloisa Adler Scharfstein

“Nós somos da família reunida do Cristo Redentor.”¹

1 INTRODUÇÃO

A residência em uma instituição é muitas vezes vista como uma exclusão do idoso do contexto social e uma ruptura de laços com familiares e amigos. Assume-se, neste trabalho, que morar em uma instituição não implica necessariamente rompimento de vínculos existentes, e novos laços podem ser criados. Os vínculos familiares podem ser mantidos e, neste caso, a família ainda tem condições de exercer o papel de monitorar o atendimento prestado pelas instituições. O Estatuto do Idoso, no seu Artigo 49, recomenda às instituições de longa permanência preservarem os vínculos familiares (ver BRASIL, 2003).

O pertencimento a uma instituição pode representar uma alternativa de amparo, proteção e segurança; melhor do que viver nas ruas ou ser exposto a conflitos familiares. Não significa, necessariamente, uma redução da importância da família para o apoio e cuidado de seus membros. Pode significar uma nova organização e divisão da responsabilidade entre a família, o Estado e o mercado.

Neste capítulo, trabalha-se com a hipótese de que a moradia em uma instituição pode ampliar o leque de participação do idoso, aqui entendida num sentido amplo da palavra, incluindo o próprio convívio social, e melhorar as condições

* As autoras agradecem a Micheline Christophe, Sheila Epifanio e Vanessa Lemos da Silva pela ajuda na realização de várias das entrevistas aqui trabalhadas.

1. Hino do Abrigo Cristo Redentor, cantado espontaneamente por uma residente, no começo da entrevista.

objetivas de vida para os de renda mais baixa. Sabe-se que o envelhecimento pode trazer uma redução de papéis sociais para todos os indivíduos, e até mesmo uma retirada da vida social no caso de pessoas demenciadas ou acamadas, o que, em geral, independe do lugar de moradia.

O objetivo deste trabalho é o de tentar captar as relações pessoais e a vida social em uma instituição. Centra-se nos relacionamentos do residente com a sua família antes e após a mudança para lá, com outros residentes e com membros da equipe. Pergunta-se se é possível a construção e/ou a manutenção de vínculos afetivos, como também a continuidade da vida social entre os residentes de uma instituição. A análise foi feita do ponto de vista do residente e do familiar, baseada em entrevistas semiestruturadas com residentes de cinco instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) no Estado do Rio de Janeiro e com familiares.²

O capítulo está dividido em cinco seções, sendo a primeira esta introdução. A segunda descreve as instituições pesquisadas e o perfil geral dos residentes. Na terceira, faz-se uma tentativa de conhecer como ocorrem e quem toma as decisões de mudança para a instituição. Também se investigou como é para os residentes a vida em uma residência coletiva. Está-se utilizando o termo residência coletiva como sinônimo de instituição. A quarta seção analisa a possibilidade de manutenção e constituição de vínculos afetivos entre os residentes e seus familiares e entre esses com os demais residentes. Na quinta, tecem-se os comentários finais.

2 AS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS E AS ENTREVISTAS

Este capítulo está baseado em entrevistas semiestruturadas feitas com idosos e seus familiares em cinco instituições localizadas no Estado do Rio de Janeiro; três na capital, uma em Nova Friburgo e outra em Nova Iguaçu (ver tabela 1). A seleção das instituições levou em conta a necessidade de se ter um panorama que refletisse a composição observada, segundo a sua natureza jurídica. Foram selecionadas, portanto, duas instituições privadas com fins lucrativos, duas privadas filantrópicas, sendo uma religiosa e uma pública. Entre as duas privadas com fins lucrativos, uma atende idosos de alta renda e outra de renda muito baixa.³ Outro critério foi a autorização das instituições para o trabalho de campo.

2. Os familiares entrevistados não são necessariamente parentes dos residentes entrevistados.

3. No momento da pesquisa, esta era a situação jurídica da instituição de Nova Iguaçu. Atualmente, ela conseguiu um certificado de filantropia.

TABELA 1
Características das instituições pesquisadas

Instituição	Localização	Regime jurídico	Número de residentes			Proporção de mulheres
			Total	Dependentes	Demenciados	
Abrigo Cristo Redentor	Cidade do Rio	Pública federal	299	89	53	42,8
Abrigo e Lar Nova Esperança do Idoso	Nova Iguaçu	Privada baixa renda	102	38	4	72,5
CAMP	Cidade do Rio	Privada de alta renda	51	45	44	94,1
Casa dos Pobres	Nova Friburgo	Filantrópica religiosa	83	33	7	51,8
Casa dos Artistas	Cidade do Rio	Filantrópica leiga	50	8	0	62,0

Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/CNDI/CNPq.

A seleção dos idosos e familiares a serem entrevistados foi feita em conjunto com a direção das instituições. Foram sugeridos aqueles idosos que estavam com a capacidade cognitiva preservada e que concordaram em participar da pesquisa. Buscou-se obter um equilíbrio entre o número de residentes homens e o de mulheres entrevistados. Este critério não se aplicou no caso dos familiares. Os roteiros das entrevistas foram previamente aprovados pela direção das instituições. As entrevistas foram feitas em dois períodos: março e abril de 2006 e durante os meses de junho a agosto de 2009.

O objetivo foi captar as histórias de vida dos idosos entrevistados, suas percepções e sentimentos sobre a mudança para a instituição, sobre as atuais condições de residência, de cuidados e sobre a relação com familiares e outros residentes. Além disso, visava-se ouvir os familiares para entender como foi o processo de tomada de decisão para a mudança de residência, os sentimentos que a envolveram e como as famílias vivenciam a situação hoje.

Conforme mostra a tabela 1, o perfil dos residentes varia entre as instituições pesquisadas. Foi constatado pela Pesquisa Nacional⁴ que nas instituições privadas com fins lucrativos predominam os residentes dependentes e nas públicas e filantrópicas, os independentes, provavelmente em situação de carência de renda. O mesmo se observa na pequena amostra aqui considerada. Uma das perguntas levantadas neste capítulo é se a residência em uma instituição traz ganhos na qualidade de vida do idoso pobre, pois ele passa a ter acesso a vários serviços e, muitas vezes, até a uma proteção, o que não teria na família. Ou seja, esse idoso passa a ter um “abrigo”. Já para o idoso de renda mais alta, a residência pode, de um lado, significar uma perda de *status*, e, de outro, pode trazer o resgate de um

4. Pesquisa Nacional sobre Condições de Vida e Infraestrutura nas Instituições de Longa Permanência para Idosos, realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) com o apoio da Secretaria Nacional de Direitos Humanos (SEDH), do Conselho Nacional do Idoso, do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

convívio social. Na maioria das vezes, a mudança para ele já ocorreu em situação de perda de autonomia e de capacidade para gerir as suas atividades do cotidiano. Ou seja, esse idoso já vivia em uma situação de “retiro” e a mudança representa uma continuidade desta situação.

Foram entrevistados no conjunto 54 idosos, sendo 24 homens e 30 mulheres, e 18 familiares. Os familiares entrevistados não guardam necessariamente uma relação familiar ou de qualquer outro tipo com o residente entrevistado. A tabela 2 apresenta a distribuição dos residentes por sexo, segundo as instituições pesquisadas.

TABELA 2
Distribuição dos idosos e familiares entrevistados

Instituição	Residentes			Familiares		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Abrigo Cristo Redentor	5	4	9	-	1	1
Abrigo e Lar Nova Esperança do Idoso	6	8	14	-	2	2
CAMP	2	4	6	2	2	4
Casa dos Pobres	6	6	12	5	5	10
Casa dos Artistas	5	8	13		1	1
Total	24	30	54	7	11	18

Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/CNDI/CNPq.

3 A MUDANÇA PARA UMA INSTITUIÇÃO: OPÇÃO OU FALTA DE OPÇÃO?

“Tenho liberdade e segurança.”⁵

“A vida continua (...).”⁶

“Sempre que a gente vem para cá é porque está na pior.”⁷

“Nada de morar com filhos.”⁸

“Eu não contava na minha idade de vir para aqui.”⁹

Segundo a literatura, os motivos mais frequentes que levam à busca de uma residência coletiva ou uma instituição são ausência de família, dificuldades de a família cuidar, relações familiares conflituosas aliadas à carência de renda, falta de moradia, dentre outros (DAVIM *et al.*, 2004; BORN; BOECHAT, 2006; CAMARANO, 2008).

5. Comentário feito por um residente do Retiro dos Artistas.

6. Referência à vida no Abrigo Cristo Redentor, feita por um morador de 72 anos com dez anos de residência.

7. Declaração de uma residente da Casa dos Artistas sobre sua ida para a instituição.

8. Depoimento de um genro de uma senhora residente no CAMP do que teria sido dito por ela.

9. Depoimento de uma senhora residente no CAMP.

Usualmente parte-se da premissa que a família é quem decide pela mudança de residência do seu idoso, no entanto, assume-se neste trabalho que nem sempre é assim que ocorre. Isto depende da existência de familiares, do grau de autonomia do idoso, da qualidade das relações familiares, entre outros fatores. Assume-se também que é comum encontrar, entre os familiares, preconceitos e dificuldades em relação à mudança de moradia dos seus parentes para uma instituição.

Para entender a mudança para uma instituição é necessário, ainda, diferenciar o processo de decisão do de operacionalização. A família pode assumir a responsabilidade e a implementação da mudança, sem que isto signifique, necessariamente, que o idoso esteve à revelia deste processo. Trata-se de uma situação complexa tanto no nível pessoal como social. Do ponto de vista do imaginário cultural brasileiro, a institucionalização, como a própria palavra indica, carrega uma marca estigmatizante. Pensa-se logo em abandono e desamparo, em segregação, em depósito de velhos, como até pode ser a realidade de algumas instituições. No nível pessoal, tanto pode ser uma decisão arbitrária por parte da família, em detrimento do desejo do seu idoso, como pode ser um processo elaborado pelos dois lados, idoso e família, ou ainda por escolha exclusiva do próprio idoso, como será ilustrado mais adiante pelos relatos de residentes e familiares. O Estado também desempenha um papel importante no encaminhamento às instituições de idosos moradores de rua ou em situação de conflitos familiares. Sintetizando, não existe um padrão único que caracterize a mudança de um indivíduo do domicílio particular para o coletivo. Cada caso é um caso.

A partir dos resultados de uma pesquisa em um asilo em Fortaleza, Alcântara (2004) concluiu que a residência em uma instituição está diretamente ligada à pobreza na qual se encontra boa parte da população, como também à necessidade de tratamentos específicos para alcoolismo e doenças mentais.¹⁰ Familiares de residentes entrevistados por ela afirmaram que “assim que conseguirem um emprego melhor, tiverem dinheiro para comprar medicamentos, conseguirem pessoas para cuidar de seus velhos, vão retirá-los do asilo” (ALCÂNTARA, 2004, p. 10).

Almeida (2005) fez uma pesquisa de campo em uma instituição filantrópica religiosa, de Goiás. Entrevistou oito idosos, todos de baixa renda. Para estes, a ida para a instituição se deu por motivos diversos e foi mediada pelos familiares, amigos ou mesmo por encaminhamento médico. Em nenhum dos casos, a iniciativa foi do próprio idoso.

10. Este é um problema vivido hoje pelas instituições, decorrente do fechamento dos hospitais psiquiátricos. Muito embora a Política Nacional do Idoso proíba a permanência na instituição de pessoas portadoras de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social, esta proibição não tem sido cumprida. Ver capítulo II – seção II – parágrafo único.

No trabalho de campo realizado pela pesquisa do Ipea, observou-se que os processos de decisão e mudança para uma instituição e a adaptação estão atrelados às diferenças de gênero e de grupos sociais. A família desempenhou um papel importante no processo de decisão e mudança, em especial dos residentes que apresentavam indícios de declínio funcional e/ou experimentavam conflitos familiares. Foram encontrados, também, residentes encaminhados às instituições, pelo Ministério Público ou prefeituras.

A participação dos idosos na vida social, seja em uma instituição ou fora dela, é diferenciada entre homens e mulheres. Iniciando a análise pelos homens residentes no Abrigo Cristo Redentor, observa-se que, dos cinco entrevistados, quatro tiveram ao longo de suas vidas uma situação socioeconômica razoável, constituíram família, mas se tornaram alcoólatras e perderam tudo, inclusive os laços familiares, o que os levou a residir no Abrigo. O alcoolismo foi consequência de uma importante perda amorosa, levando a uma situação de abandono. O quinto entrevistado é um ex-presidiário que matou a avó aos 17 anos de idade e ficou 47 anos preso.

Para esses cinco homens, a ida para o abrigo não foi uma opção, como tampouco fora a situação em quem viviam anteriormente. Três dos cinco residentes foram encaminhados pela prefeitura, pois moravam na rua. Um deles, que anteriormente morava em um banco na praia de Copacabana, contou que estava deitado e foi abordado por um assistente social da prefeitura que disse: “O senhor não tem mais idade para morar na rua”. O Estatuto do Idoso, nos seus artigos 43 e 45, estabelece que se os direitos da pessoa idosa tal como regidos nesta lei forem violados, aqui no caso, o de uma moradia, o Ministério Público pode requerer o seu encaminhamento a um abrigo.

O ex-presidiário não tinha condições de se reintegrar à família e/ou à sociedade. Foi encaminhado ao Abrigo pelo Ministério Público. Um dos residentes buscou a instituição por falta de trabalho: “por necessidade”. Outro entrevistado, apesar de ter um irmão e um casal de sobrinhos, não quer morar com eles: “Eu vou ser um trambolho.”

O não querer ser “um trambolho” ou não sobrecarregar os filhos e parentes é um dos fatores apontados pela literatura como determinante para a residência em uma instituição. Isto foi também encontrado por Camarano (2007) nos dados da Pesquisa Perseu Abramo e do Serviço Social do Comércio (SESC), onde idosos e não idosos foram entrevistados. Dentre os motivos alegados para a aceitação da moradia em uma instituição, o segundo motivo mais importante foi a dificuldade de a família cuidar e a preocupação em não incomodá-la.

À exceção do ex-presidiário, os demais residentes veem a moradia no Abrigo Cristo Redentor como transitória. Um espera uma indenização trabalhista há dez anos, outro diz que vai sair do Abrigo quando se aposentar, ou seja, passar a receber o benefício de assistência social. Quando foi perguntado ao ex-presidiário, como ele se sente no Abrigo, respondeu: “É o melhor lugar que tem.”

Os demais entrevistados, exceto o ex-presidiário, são pessoas independentes com total liberdade de ir e vir. Dois deles trabalham em atividades remuneradas dentro ou fora do Abrigo. Para eles, “a vida continua”. Segundo os depoimentos dos próprios residentes e da psicóloga que lá trabalha, os homens são mais participativos que as mulheres. Alguns frequentam o centro de convivência, um residente cuida da rádio do Abrigo, outro o representa no Conselho Estadual do Idoso. Ou seja, participam da vida social.

As mulheres gostam das festas dos aniversariantes do mês. “Disto elas gostam muito”, afirmou a psicóloga. Além disso, uma residente é tesoureira da igreja do Abrigo, outra costurou para a instituição durante muitos anos e uma lavava roupa para fora. Estas atividades foram interrompidas por limitações físicas. Uma empregada doméstica ainda cozinha em alguns finais de semana para as antigas patroas. Uma residente, embora acamada e totalmente dependente, tem diversos eletrodomésticos no seu quarto, como uma geladeira e um fogão. Comanda as receitas da cama, come a sua própria comida e também partilha com membros da equipe. Atualmente, cuida de uma residente com problemas psiquiátricos, com quem divide o quarto. Em síntese, além da participação nas festas de aniversário, as residentes entrevistadas do Abrigo continuam a manter um papel social, seja fazendo a sua comida, seja desempenhando o papel de tesoureira da igreja ou lavando roupa e cozinhando para fora, criando assim vínculos afetivos. Apenas o tipo de participação é diferente da dos homens.

Os dois homens entrevistados no CAMP, instituição privada para pessoas de alta renda, buscaram a instituição por questões de saúde. Um deles foi por necessidade de cuidados à esposa com dificuldades de locomoção e demenciada. Ele está lúcido, mas frágil. Como não tem filhos e morava em um apartamento de um quarto, que não comporta uma cuidadora em tempo integral, a melhor amiga da família procurou e indicou esta instituição. O casal se mudou após uma hospitalização de seis meses da mulher, mas pretende voltar para casa. A sua renda mensal não dá para cobrir as despesas com a instituição. Embora tenha se precavido para esta fase da vida, receia que suas economias não sejam suficientes por um período longo. O custo da moradia em uma instituição privada é alto e nem sempre o benefício previdenciário é suficiente para cobrir as despesas. Isto leva a

uma descapitalização inevitável do patrimônio construído e/ou ajuda de familiares quando isto é possível.

O outro residente é totalmente dependente. Sofreu um acidente vascular cerebral (AVC) que o deixou em cadeira de rodas e um pouco confuso. Foi levado para a instituição pela esposa.

O processo de mudança dos homens entrevistados na Casa dos Pobres¹¹ também se deu por necessidades de cuidados de saúde mais prolongados. Um entrevistado teve derrame e foi “largado” na instituição. Foi enganado pelos filhos. Outro sofreu um AVC e foi levado por um colega, apesar de ter irmãos e sobrinhos. Um dos residentes tem problemas de visão e audição e foi encaminhado pelo dono da funerária da cidade, pois morava lá¹² devido a conflitos familiares que o expulsaram de casa. Tem filhos, mas não mantém contato com eles, apesar de seu benefício ficar com a filha. Esses três e mais um outro gostariam de voltar a viver em suas casas e retornar ao trabalho. “Sinto falta da roça”, disse um. “Aqui se tem muito tempo para pensar”, disse outro. Um deles reclamou de falta de vida sexual. Apenas um dos entrevistados optou por morar na Casa dos Pobres por decisão própria.

O acesso à residência no Retiro dos Artistas, no Rio de Janeiro, é dado apenas a quem é registrado no Sindicato dos Artistas e Técnicos em Espetáculos de Diversão (SATED), o que lhe confere uma situação peculiar. As pessoas que são sindicalizadas sabem desde sempre que terão direito à moradia no Retiro em caso de necessidade. Isto já as deixa predispostas a residirem na instituição. Por exemplo, uma senhora relatou que depois de ficar viúva foi morar com uma filha, mas percebeu que estava incomodando. Procurou o Retiro, pois queria exercer o direito de lá morar e não incomodar os filhos. Foi uma opção que se enquadra entre os motivos apontados pela literatura.

Predominam entre os atuais residentes ex-artistas de circo. Dado o aspecto itinerante da atividade circense, estes profissionais não estabelecem um domicílio permanente. Quando deixam a atividade precisam de um lugar para morar. O mesmo deve ocorrer com trabalhadores de outras atividades itinerantes. É o caso encontrado entre moradores das instituições da região Norte do país, que foram para lá trabalhar no garimpo, na construção de rodovias etc. (ver CAMARANO, 2007).

Dos cinco homens entrevistados no Retiro dos Artistas, dois foram para lá por falta de moradia, dois por problemas de saúde e um quando a mãe, com quem

11. Esta é uma instituição filantrópica vicentina dirigida para pessoas de baixa renda.

12. Dormia num caixão.

vivia, faleceu. Um deles, viúvo, apesar de ter filhos, netos e bisnetos disse que não gostaria de morar em outro lugar: “Quero morar aqui, conforme eu levo a minha vida”. Outro disse: “Deveriam existir 200 iguais. Tenho liberdade e segurança”. Ou seja, sentem-se abrigados. Na verdade, apenas um entrevistado alegou ter vontade de voltar para a casa que perdeu. Perdeu antes de mudar...

Outra instituição pesquisada é voltada para pessoas de baixa renda, localizada em um bairro pobre de Nova Iguaçu. Todos os seis homens entrevistados apresentavam sinais de perdas físicas e cognitivas, sendo um acamado. Destes, um foi encaminhado pela assistente social de um hospital próximo e dois outros levados pelo filho e sobrinha e um pelo Ministério Público por conflitos familiares.

Um dos entrevistados disse que só sai da ILPI se a casa for dele. Outro alegou: “Vontade de ir para casa, de morrer, de fugir daqui, não ganho nada. O dinheiro fica todo para eles, não dão um biscoito, um pirulito”. “Gostaria de morrer”. “Rezo toda noite para me tirar daqui”. O que foi encaminhado pelo Ministério Público não concordou em ir para a instituição: “Me enganaram, me disseram que era um paraíso e aqui até fome passamos”. Não se sente bem na ILPI: “Só tem uma coisa boa, a limpeza, o resto não vale nada, somos maltratados, a alimentação é malfeita”. Gostaria de morar em outro lugar: “Tenho minha casa para morar e mulher para me cuidar, eu não estou inválido, estou tomando lugar de outro”. Percebe-se, neste depoimento, a visão de que a ILPI é uma residência para idosos dependentes e a esposa deve ser a sua cuidadora. Percebe-se, também, que parte dos residentes encontrados foram levados para a instituição à sua revelia e por isto sentem-se enganados. Embora não se possa falar que isso configure um padrão, trata-se de uma atitude recorrente.

A situação de grande parte das mulheres entrevistadas é bastante diferente da dos homens. A primeira diferença é quanto à decisão de morar em uma residência coletiva. Muitas vezes são elas próprias que decidem e, uma vez lá residindo, não querem mudar. A viuvez é um fator determinante na decisão de optarem por uma moradia coletiva. Debert (1999) encontrou que os homens de uma instituição étnica de São Paulo sentem que a permanência lá é temporária, consequência de uma situação financeira difícil ou de uma doença que exige tratamento cuidadoso por um período de tempo prolongado. Têm como projeto a saída da instituição. Já para as mulheres, o asilo configura-se como o local de moradia definitivo.

Para a grande maioria das residentes do Abrigo Cristo Redentor, a decisão de mudar para lá foi delas próprias e a maioria também não pretende sair. Uma das senhoras aos 69 anos escolheu morar no Abrigo, após três meses de viuvez. “Não foi finanças, não foi nada que me fez vir para cá, eu não queria ficar sozinha

e não queria ir para casa de parentes”. Não contou para nenhum dos 14 irmãos. Para ela, o Abrigo “é a melhor comunidade do mundo”. Na ocasião da entrevista estava com 91 anos e tinha apenas um irmão vivo, a quem se sente muito ligada.

Outra senhora entrevistada mora no Abrigo desde 1999. Tem duas filhas, mas prefere residir lá, pois gosta de “coletividade”. Viúva, aposentada, ex-empregada doméstica, morava com a filha em Petrópolis, mas optou pela instituição, pois não gostava de frio devido ao reumatismo. Viu um programa na televisão sobre o Abrigo, quando escutou de uma das idosas entrevistadas “que lá era o céu”. Não teve dúvidas, no dia seguinte foi conhecer a instituição. Saiu em 2006 quando o Abrigo passava por uma crise, mas voltou três anos depois. Não se adaptou fora, emagreceu e ficou doente. Queria tanto voltar que pediu ajuda ao Ministério Público e à Defensoria Pública. Foi-lhe oferecida uma casa na Vila de Idosos da prefeitura, em Sepetiba, mas preferiu ficar no Abrigo. Esta é outra situação, também recorrente, onde a opção é feita pelo residente.

Outra situação comum, muito apontada na literatura, é decorrente de conflitos familiares. Estes levaram outra entrevistada que morava com a filha a fugir de casa e parar na Casa de Passagem Leão XIII. De lá, foi encaminhada para o Abrigo.

A primeira senhora entrevistada no CAMP residia com uma filha casada, depois da morte do marido. Após alguns anos, foi motivada pela família a mudar para uma residência coletiva, onde está há dez anos. Alega que foi por motivos de saúde. “Sou hipertensa e aqui tenho assistência médica 24 horas por dia”. Este argumento parece tornar a situação da vida na instituição mais aceitável para ela. Apesar dos muitos anos nessa modalidade de residência, isto ainda parece lhe trazer algum constrangimento. “Eu não contava na minha idade de vir para aqui”. Dentro desta linha de raciocínio, reportou também que o seu genro, em uma de suas visitas, disse: “Quando é que a gente vai acabar com esta palhaçada?” Quando perguntada se sentiu a mudança, diz: “Sinceramente falando, não senti muito”. Diz também, com relação aos familiares, que “para eles foi um (...) não digo assim um mal-estar, mas eles sentiram”. No entanto, argumenta que com a mudança para a instituição, “eles têm condição para aproveitar a vida”, como se ela estivesse sendo um empecilho.

Para outra residente há seis anos no CAMP, a viuvez também foi o motivo determinante da mudança, uma vez que não conseguiu se adaptar à presença de uma empregada e não suportava viver sozinha. A decisão foi dos filhos, que escolheram a instituição. O processo de adaptação foi penoso e depois de três meses ela pediu para sair, mas acabou retornando. O convívio com outros idosos frágeis, dependentes e doentes a ameaçavam, deprimindo-a. Ela achava que doenças, como

as demências e o Parkinson, poderiam ser contagiosas. Da situação de ameaça e medo, passou a ser solidária e prestativa com os idosos dependentes. Ela está semidependente, pois devido a uma artrose severa precisa de ajuda para algumas atividades diárias, como o banho.

A outra senhora entrevistada já apresentava alguns sinais de comprometimento mental, portadora de um provável diagnóstico de Alzheimer. Estava residindo na instituição há menos de duas semanas. A decisão da mudança foi da filha e do genro, que, também, foram entrevistados. Disseram que ela nunca quis morar com filhos, morou sozinha desde que ficou viúva. Dizia que queria morar em uma residência de idosos: “Nada de morar com filhos”. A filha teve muitas dificuldades para aceitar a mudança. “Eu não queria que ela viesse. O preconceito era meu. Isto para mim foi uma morte”. Relata que o processo foi muito penoso, quatro longos anos, mas por fim teve que aceitar esta opção. O estado de sua mãe era lamentável, tanto do ponto de vista higiênico, como da alimentação, uma vez que ela não aceitava ninguém para ajudá-la. Esse depoimento mostra que mesmo quando a decisão de mudança para uma residência coletiva é feita pelos familiares, em alguns casos envolve resistência e sofrimento por parte deles. “Foi difícil para a gente pela pecha que isto é.”

Para Karsch (2003, p. 864), no Brasil, a decisão pela institucionalização mesmo nas famílias de renda inferior a dois salários mínimos ocorre apenas “no limite da capacidade familiar em oferecer os cuidados necessários”.

Das seis residentes entrevistadas na Casa dos Pobres, três declararam que foram por necessidade de cuidados e por vontade própria. Uma é freira e a outra, perguntada se gostaria de morar em outro lugar, disse “de jeito nenhum”. Sente-se bem na instituição por causa do ambiente e “por muita coisa”. Outra declarou que apesar de gostar da instituição, sente um pouco de solidão e gostaria de sair sozinha. Outra está na instituição há 42 anos. Foi trabalhar e lá ficou.

Três entrevistadas foram levadas para a instituição contra a vontade. Uma, de 85 anos, que morava com a irmã e a sobrinha, foi levada por esta. Sente-se bem lá, mas há momentos em que não quer ficar. Gostaria de morar com a irmã ou com algum cuidador. Outra foi levada pela família. Gritava dizendo que preferia morrer. Pede até hoje para sair, para ser levada para casa, mas, por outro lado, gosta da instituição, das “meninas” e da comida. Ela sofreu inúmeras perdas, sendo que a morte de um filho e a do marido ocorreram em apenas três meses. O motivo da mudança, alegado pelo filho, é a dificuldade de cuidá-la, pois necessita de cuidados 24 horas por dia. Pagar uma cuidadora fica caro e as experiências feitas não deram certo. A terceira foi encaminhada pela polícia. Abandonara os filhos e perdera o contato com eles.

No Retiro dos Artistas, foram entrevistadas oito mulheres. Destas, três procuraram diretamente o presidente da instituição para conseguir uma vaga; uma foi levada pelo patrão do circo. Esta foi convidada para morar com os filhos, mas não aceitou porque no Retiro tem liberdade. Só quer sair de lá morta. Este depoimento contradiz o senso comum da falta de liberdade das instituições. Uma que buscou diretamente a instituição disse: “Sempre que a gente vem para cá é porque está na pior”. Disse, também, que “de jeito nenhum gostaria de morar em outro lugar”. Esses sentimentos ambivalentes em relação à moradia em uma instituição são também encontrados em moradias com familiares.

Os motivos que levaram as entrevistadas do Abrigo e Lar Nova Esperança a residirem lá foram perda de autonomia e impossibilidade de a família cuidar, seja por conflitos familiares, falta de tempo, dentre outros. Esses são os mesmos motivos que levaram os homens, como apontados na literatura. Uma teve derrame, outra é deficiente visual e uma é cadeirante. A que teve derrame, de 81 anos, tem uma filha de 59 anos que teve uma doença incapacitante e é aposentada por invalidez. Esta é uma questão recorrente, filhos de pais dependentes que também se tornam dependentes de ajuda, o que reduz a oferta de cuidadores familiares. O aumento da esperança de vida sem uma melhora generalizada das condições de saúde e autonomia pode agravar essa situação.

Duas residentes foram para lá enganadas pela irmã e o filho. “Não sabia que ia morar aqui, vim enganada”. “Eu gosto muito daqui, me tratam bem, gosto deles, mas eu tenho muita tristeza em viver em um abrigo”. Outra alegou: “Um filho, (...), que me botou aqui”. “(...) Eu não aceito isso não”. “Por que minha nora não cuida de mim? Eu cuidei da minha sogra 33 anos”. Apesar dessas reações, uma que é deficiente visual disse se sentir bem na instituição porque lá achou quem lhe dê comida na boca. No entanto, gostaria de morar em outro lugar: “Com meus filhos, em casa, sinto saudade deles”.

Parece que a capacidade de adaptação dos idosos nas residências coletivas é muito influenciada pela expectativa que tinham em relação a serem cuidados pelos seus familiares. Alguns residentes escolheram a instituição para não serem um peso para a família. Para aqueles que foram encaminhados por algum órgão público e não tinham vínculos familiares nem lugar para morar, a instituição lhes propiciou um abrigo, cidadania¹³ e, como será visto posteriormente, em alguns casos, o reencontro com familiares.

13. No caso de pessoas que chegam nas instituições sem documentos, a instituição se encarrega de providenciá-los, como também o recebimento do benefício de assistência social.

Os depoimentos aqui analisados vão na direção de outros considerados por Debert (1999). Apontam como uma das vantagens para os idosos da residência coletiva a não dependência de familiares para a sua liberdade e autonomia funcional. Uma pesquisa feita em três instituições de longa permanência de Natal, Rio Grande do Norte, mostrou que a maioria dos residentes não queria sair do convívio asilar porque gostavam de lá residir, não tinham para onde ir e/ou também por serem muito velhos, ninguém iria querer ficar com eles (DAVIM *et al.*, 2004).

4 É POSSÍVEL A MANUTENÇÃO E/OU CONSTITUIÇÃO DE VÍNCULOS AFETIVOS EM UMA INSTITUIÇÃO?

“Enfrento preconceito sim, ou velado ou explícito.”¹⁴

“A Casa caiu do céu.”¹⁵

“A lei obriga, tem que vir.”¹⁶

“Ele vive lá, mas não está abandonado, não.”¹⁷

Como mencionado na introdução deste capítulo, procura-se investigar nesta seção a possibilidade da manutenção/criação de vínculos afetivos entre os residentes das instituições pesquisadas com os familiares e outros residentes. Esta seção está dividida em duas subseções: uma trata da relação com os familiares e outra com os demais residentes. A primeira seção está baseada no relato dos familiares e a segunda na dos próprios idosos, familiares e membros da equipe.

4.1 Vínculos entre os familiares

O Estatuto do Idoso no seu Artigo 49 recomenda que as instituições que cuidam de idosos desenvolvam programas e atividades visando à manutenção de vínculos familiares. Esta manutenção, dentre outras modalidades, se dá através de visitas dos parentes ao residente e do residente aos parentes. Visitas de familiares aos residentes é a modalidade mais comum de expressar a relação entre eles. Beauvoir (1990) afirma que, na maioria das vezes, o acesso ao asilo é difícil e a visita significa sacrificar parte do tempo de lazer dos familiares. Almeida (2005) observou no asilo pesquisado em Goiânia que são poucos os residentes que recebem visitas de familiares, sendo os homens os que mais recebem. A maioria das visitas é de pessoas que vão fazer doações dos mais diversos tipos, como alimentos, roupas etc.

14. Depoimento da filha de uma residente do CAMP.

15. Depoimento do filho de uma residente na Casa dos Pobres.

16. Depoimento do filho de uma residente na Casa dos Pobres.

17. Depoimento da irmã de um residente na Casa dos Pobres.

Em muitas das instituições pesquisadas, o idoso independente pode sair para ver amigos e parentes e, inclusive, dormir fora da instituição. Em algumas, familiares podem dormir na instituição. Foram encontradas situações em que o idoso não recebe ninguém, mesmo tendo parentes, outras em que a relação se mantém de formas diversas e, também, situações em que novas relações se constroem a partir da vida na instituição.

Sabe-se que a mudança para uma residência coletiva vem, muitas vezes, acompanhada de um intenso sentimento de culpa por parte dos familiares. Isto contribui para aumentar as dificuldades vivenciadas em torno dessa realidade, ainda constrangedora para muitos. Segundo Laplanche e Pontalis (1970), o sentimento de culpa pode designar um estado afetivo decorrente de uma atitude que o indivíduo considera repreensível. Neste caso, o sentimento de culpa surge como consequência de um conflito entre o ego e o superego, este último compreendido como a instância crítica e punitiva que representa, do ponto de vista da organização psíquica, os valores morais internalizados. De fato, o sentido que as palavras e as ideias têm para uma pessoa está associado ao sentido atribuído a elas por outras pessoas. Portanto, a problemática da institucionalização vem frequentemente atrelada a sentimentos de culpa, na medida em que ainda se trata de um tabu no imaginário cultural brasileiro. Em consequência disto, a manutenção dos vínculos familiares envolve múltiplos sentimentos contraditórios, tanto em relação ao idoso em questão, como também em relação às reações de pessoas próximas, sejam familiares, amigos ou vizinhos.

Um exemplo disso é o sofrimento psíquico envolvido no processo decisório de mudança observado durante entrevistas com familiares de duas idosas residentes no CAMP. Esses eram os familiares mais ligados e responsáveis pelas idosas em questão: o filho de uma idosa e a filha e o genro de outra. Ou seja, para se pensar em manutenção dos vínculos familiares é necessário também se considerar a dinâmica familiar de cada caso.

Esta dinâmica, por vezes complexa e conturbada, é ilustrada nas palavras do filho que diz: “Eu, se tivesse uma condição melhor, eu vou te falar, eu preferia a minha mãe comigo, sabe. Eu, gostaria dela em casa. Eu queria ver a minha mãe todos os dias”. Esta senhora está com 84 anos e mora na residência coletiva há quatro anos. O filho consegue visitá-la quinzenalmente e mantém contato telefônico diário, pois mora a algumas horas de distância. Para que ele pudesse manter a mãe numa residência com o custo do CAMP foi preciso recorrer à ajuda financeira do tio, irmão da mãe, que está com 85 anos e mora em São Paulo. Este acompanha a irmã pela internet. “Ele sabe que ela está muito bem, mas no início

foi complicado”. Cabe também ressaltar que esta senhora tem mais duas filhas. Uma delas cuidou da mãe durante dois anos, mas depois se cansou. Como na ocasião este filho caçula estava desempregado, acabou assumindo os cuidados por quatro anos. Ao conseguir retornar ao mercado de trabalho, não foi mais possível cuidar da mãe com demência. As irmãs o acusam pela mudança da mãe para a instituição, segundo o seu relato. Ou seja, mesmo tendo optado pela residência coletiva, ele é o filho que efetivamente cuida desta mãe, só que não pôde fazê-lo em casa, apesar do seu desejo.

A manutenção de vínculos familiares está associada, em muitos casos, à dinâmica familiar precedente à mudança de moradia, gerando vivências emocionais ambivalentes. Como define Pichon-Rivière (2007), vínculo significa uma relação particular com o objeto, e acrescenta: “A culpa está no eu que, diante do objeto, sente-se culpado por ter fantasias destrutivas a respeito de objetos que a pessoa sente que também ama” (p. 28).

Em outro caso, já citado na seção anterior, a filha levou quatro anos para decidir pela mudança da mãe. A busca por um local de moradia de qualidade foi penosa e envolveu muitas andanças por parte da filha e do genro. Neste processo sofrido, o genro chegou a cair e fraturar o pulso. Este exemplo ilustra a culpa inconsciente, pois segundo Laplanche e Pontalis (1970), esta culpa inconsciente é melhor compreendida pela expressão “necessidade de castigo”. O genro foi muito importante no processo de decisão apoiando e incentivando a esposa, o que lhe deixou em um estado de constante tensão.

A assistente social do CAMP afirmou: “A família chega com culpa. A família no CAMP pode sempre vir conversar. Podem visitar a qualquer hora, não tem restrição (...)”. “É frequente a família fazer três, quatro, cinco visitas até decidir colocar o idoso – isto quando a culpa é muito grande”. Muitas vezes, a situação do cuidado do idoso dependente era bastante complicada mesmo antes da mudança. Por exemplo, a filha de uma senhora de 91 anos, residente nessa instituição há quatro meses, afirmou que ela e a irmã se alternavam nos cuidados com a mãe, duas semanas na casa de uma e duas na casa da outra. Com o agravamento da situação de saúde da mãe, a internação era a melhor alternativa. Agora uma filha visita-a diariamente, pois mora mais perto e está aposentada. A outra visita nos finais de semana. “Ela só ganhou”, disse a filha. No entanto, enfrenta preconceitos. “Enfrento preconceito sim, velado ou explícito.” Isto ocorre apesar do zelo e cuidados até excessivos prestados a esta mãe.

A culpa pode ser minimizada pela crença de que o residente familiar experimenta melhores condições do que experimentaria se estivesse com a família. Este

é um depoimento da filha de uma residente do Lar Nova Esperança do Idoso: “No Lar, minha mãe é muito bem tratada. Aqui eu estava matando minha mãe, não tinha médico, não tinha nada, no posto o médico nem ia até o carro onde ela estava, que eu arranjava com sacrifício, só dava uma receita e acabou. Agora, que dói, dói, mas só de saber que ela está sendo tratada, fico tranquila.”.

Preconceito e culpa também enfrentam os filhos de senhoras residentes na Casa dos Pobres. A decisão pela internação de uma senhora de 88 anos, feita pelo filho, também levou muito tempo. Era a última coisa que a família pensara em fazer, pois tinham uma ideia de asilo “com uma conotação difícil de ser aceita”. Os amigos e conhecidos tiveram uma reação ruim, “todo mundo acha que não deveríamos fazer isso, nem falam direito, mas a gente sente”. Mas, “depois que eu a coloquei aqui, me sinto muito bem, aqui ela tem tudo, tem fisioterapia. Muita gente tem vida muito pior lá fora e tem resistência de falar sobre esse assunto e numa instituição viveria uma vida muito melhor”. Todos os domingos, ele visita a mãe e ela ainda recebe a visita de alguns amigos, um neto e bisnetos.

Um outro filho relatou que a mãe tinha 86 anos no momento da entrevista e experimentava “descontrole”, como consequência da Doença de Alzheimer. O cuidado foi ficando progressivamente mais difícil, pois a esposa dele tem osteoporose e problema de tireoide, não tendo, portanto, condições de cuidar da sogra. Tentaram mantê-la em casa, com uma cuidadora, mas ela não aceitava ninguém e era muito dispendioso. Apresentava distúrbios de comportamento, não tomava banho, ficava agressiva em certos momentos a ponto de ameaçar o próprio filho com uma faca. Foi aí que decidiram pela institucionalização. “A Casa caiu do céu”, exclamou o filho. Com a mudança da mãe para a Casa dos Pobres, este filho que morava em Barra do Piraí aposentou-se e mudou para Nova Friburgo. Segundo ele,

(...) a lei obriga, tem que vir. Eles não sabem que desmanchei minha vida, os amigos e os patrões criticaram a decisão, achavam que eu deveria ficar com ela em casa. Larguei tudo, meu pomar, o espanhol que era meu patrão e meus colegas pediram para eu não fazer isso. Se perguntarem se fico satisfeito, não fico, mas quem me julga não sabe o que é ficar em casa nessa situação.

Ela recebe também visitas de outros filhos.

Essa entrevista nos leva a duas reflexões. A primeira situação refere-se à impossibilidade de a nora cuidar da sogra devido às suas próprias fragilidades decorrentes da idade avançada. A segunda é relacionada à manutenção dos laços familiares imposta pela legislação. Isto de fato ocorre, mas a justificativa do filho de que mudou a sua vida por imposição legal pode também estar revelando a sua culpa por ter institucionalizado a mãe.

Outra situação de resistência e sofrimento psíquico foi sentida durante uma entrevista com o filho de uma residente de 87 anos, que morava há três anos na Casa dos Pobres. Este apresentou-se com uma insistente lágrima, que caía de seu olho esquerdo, durante todo o tempo da entrevista. A filha decidiu pela institucionalização da mãe. A nora disse que ela e o filho não queriam que ela fosse para um “asiló”, mas como moram em uma casa de três cômodos e a nora também é doente,¹⁸ não tinham como cuidar da sogra. “Foi difícil internar, não tínhamos vontade de fazer isso, ninguém deu contra, nós não podíamos deixá-la jogada, ela caía muito.”

Considerando que a culpa é um sentimento muito frequente entre os familiares, observam-se diferentes estratégias para lidar com este problema. Uma parente, por exemplo, criou um grupo de discussão sobre a questão dos preconceitos em relação às ILPIs e a falta de papéis sociais dos residentes. Ela relatou que se sente vencendo preconceitos e que aceitaria a ideia de no futuro morar numa ILPI, porque não quer ser um obstáculo para a família. No entanto, deixou bem claro que gostaria de ser útil, caso isso aconteça.

Outro residente da Casa dos Pobres, de 69 anos, teve a sua transferência decidida pelo filho. Sofrera um derrame, que o deixou com dificuldades de locomoção e de fala: está mudo, só emite sons. Segundo o filho, “(...) aqui é melhor para ele; em casa já teria morrido; aqui dão alimentação controlada, é mais adequado para ele, faz fisioterapia. No entanto, às vezes me sinto culpado com a decisão, mas todo mês eu o levo para casa, fico com medo quando ele está lá, mantenho carro na porta para emergência, se ele passar mal. Fico sobrecarregado, ligo toda hora para casa para saber se está tudo bem.” A mãe (ex-mulher) mora perto e o ajuda nos cuidados quando ele está na casa do filho.

Laços fortes não consanguíneos também foram encontrados. Apesar de ter tido quatro filhos, quem cuidou de uma outra senhora de 93 anos foi a ex-nora, segundo o seu relato. Cuidou dela por muitos anos, mas adoeceu, teve pressão alta, inflamação e ficou imobilizada em uma cama por um tempo. Por sua vez, a idosa teve um AVC, ficou sem voz e não anda. Gritava, ficou “rebelde”. Não podia ir para a casa do filho que é alcoólatra e a maltratava. Foi para a Casa dos Pobres há um ano. A ex-nora a visita às quintas e domingos, participa das festas e eventos da ILPI. Atualmente, é a única que a visita dentre os familiares. Mostrou-se muito tranquila com a decisão de ter levado a ex-sogra para a Casa. Explicou que sairia muito caro contratar uma cuidadora. Não manifestou culpa ou arrependimento, só saudades da convivência do dia a dia, da companhia que uma fazia à outra.

18. Outro filho (nora) impossibilitado de cuidar da mãe por questões de saúde.

Declarou: “Tenho saudade, nós dormíamos no mesmo quarto”. Outra entrevistada também relatou visitar regularmente o ex-sogro. Viaja três horas a cada 15 dias para visitá-lo em uma instituição de Nova Iguaçu. Este, anteriormente, tinha uma relação difícil com ela por ele ser branco, português e ela, negra, mas é agora a pessoa mais próxima.

Irmãos também mantêm uma relação forte com residentes da Casa dos Pobres. Uma irmã reportou que ela e outras irmãs pagam o seguro-saúde do familiar, ela própria se encarrega de lavar e passar a roupa dele, visita-o dia sim, dia não. Fez questão de enfatizar: “Ele vive lá, mas não está abandonado, não”, embora não tenha contato com os seus quatro filhos. A preocupação com a situação de abandono dos residentes é um tema recorrente entre os familiares.

Vínculos familiares podem ser construídos ou reconstruídos em uma instituição. Uma residente da Casa dos Pobres, de 83 anos, viúva do segundo casamento, abandonara o primeiro marido e os filhos. Estes foram criados por pessoas diferentes. Duas filhas que perderam o contato com a mãe muito cedo a reencontraram no asilo. Esta fora encaminhada para lá pela polícia. Uma vizinha informou às filhas que a mãe estava morando lá. Ela e uma irmã passaram a visitá-la “por amor ao ser humano” e não por amor materno. Apesar de as duas filhas afirmarem categoricamente que não há diferenças entre o amor que sentem pela mãe das demais residentes, são muito carinhosas com a mãe, conforme observado durante a visita. Chamam-na de mãe, o que não seria esperado numa relação estranha para elas. Um outro senhor, apesar de ter mulher e filhos e não ter contato com eles,¹⁹ foi reencontrado, também por acaso, pela sobrinha. Esta o visita às quintas-feiras.

Outras situações de reconstrução de vínculos foram encontradas no Abrigo Cristo Redentor. Segundo o residente e confirmado pela assistente social, a filha a quem havia abandonado aos seis anos de idade localizou-o através do seu título de eleitor. Referiu-se ao encontro com a filha como “um presente maravilhoso”. Visita-a a cada 15 dias. “Está se iniciando uma relação. Eu não posso exigir nada dela. Em primeiro lugar eu não a criei. Em segundo lugar ela tem os problemas existenciais dela, duas filhas, dinheiro etc.”. Um ex-presidiário, depois de 47 anos na prisão, refez algum vínculo com a irmã. Ele a visita sempre no Natal.

Parece que a manutenção de vínculos familiares pode ser mantida ou refeita apesar da mudança de moradia. Na verdade, pode-se falar de uma continuação das relações anteriormente vividas, embora a situação da institucionalização crie modalidades distintas, ora pelo viés da proteção e contínuo zelo pelo seu familiar

19. Foi acusado de ter abusado sexualmente da filha.

idoso, ora pelo descaso e abandono. Há, em geral, uma preocupação por parte dos familiares na manutenção desses laços. Ao contrário do que se esperava encontrar, homens também se esforçam para manter vínculos, sejam eles residentes ou familiares. Às vezes, estes são realizados por parentes legais e não consanguíneos, como no caso de ex-noras. Outros, por parentes não tão próximos como sobrinhos. Parece que a reconstrução de vínculos observada decorre não só da necessidade do idoso, mas, também, dos familiares.

4.2 Vínculos entre os residentes

Uma pesquisa feita em três instituições de longa permanência de Natal, Rio Grande do Norte, mostrou que é possível criar um relacionamento entre os residentes que se assemelhe ao familiar. Estes encontram proteção tanto dos profissionais que trabalham nas instituições quanto dos demais residentes. Esse vínculo tende a se fortalecer à medida que o contato com parentes se torna mais esporádico. Dos entrevistados, 67% afirmaram que são visitados por filhos, sobrinhos e irmãos. Em duas instituições, 62% afirmaram que não gostariam de morar com os familiares (DAVIM *et al.*, 2004).

Silva *et al.* (2006) encontraram em uma instituição de Salvador, Bahia, que a falta de familiares foi suprida pelo contato afetuoso entre os colegas residentes. A relação de amizade foi vista pelos residentes como uma relação de ajuda, de superação de dificuldades e companhia. Concluiu que variáveis como idade, cultura e limitações físicas não foram empecilhos para a construção de relações de amizade entre os residentes.

Almeida (2005) encontrou uma senhora num asilo de Goiânia que não tinha filhos, tinha apenas uma irmã que não a visitava, mas tinha um “neto do coração”. Tratava-se de um senhor que foi até o asilo procurar uma avó para adotar. Ele passou a ser a família desta senhora e a visita regularmente. Foi um vínculo construído na instituição. Outro valoriza os amigos feitos na instituição. “Aqui, todo o mundo é amigo” (ALMEIDA, 2005, p. 79). A autora conclui que a maioria dos idosos residentes vivencia a perda dos vínculos familiares e cria afinidades com colegas de quartos e outras pessoas que aparecem nas instituições, sejam funcionários ou visitantes.

Por outro lado, Amendoeira *et al.* (2000) encontraram numa pesquisa feita em uma instituição religiosa que os idosos experimentavam uma grande dificuldade em relacionar-se com os demais residentes.

O relacionamento com outros residentes é, em geral, trabalhado pelos funcionários das instituições pesquisadas. A psicóloga de um dos pavilhões femininos do Abrigo Cristo Redentor faz um trabalho quinzenal discutindo memória e

relacionamento. Contou que há dificuldades das residentes na aceitação de uma pessoa nova. Disse ainda que “qualquer coisa é motivo de briga”. Por vezes é preciso “enquadrá-las”, explicitando que “aqui é um lugar de regras. As regras são para todos”. Brigam porque uma ligou a televisão antes do horário ou acendeu a luz durante a noite. Debert (1999) se surpreendeu com a quantidade de conflitos, brigas e desentendimentos entre os residentes de uma instituição pesquisada e deles com o pessoal técnico e administrativo. “Aqui, às vezes, até roubam dinheiro” (ver DEBERT, 1999, p. 117). Uma entrevistada na pesquisa de Almeida também mencionou: “Tinha muita briga aqui, briga de véi” (ALMEIDA, 2005, p. 84).

No entanto, apesar das diferenças e dificuldades de convívio, pode-se observar também laços de fraternidade e solidariedade entre as residentes. Um exemplo foi encontrado em um quarto do Abrigo Cristo Redentor, onde uma residente paraplégica, acamada e totalmente dependente, embora lúcida, era chamada de “mãe” pela companheira de quarto, uma paciente psiquiátrica com um severo comprometimento mental. Ambas se ajudavam, complementando-se nas suas limitações e incapacidades, pois enquanto uma era dependente física, a outra era dependente mental. A residente paraplégica foi casada com um outro morador e moraram em uma casa de funcionários.

Outro residente, quando perguntado sobre suas relações sociais dentro da instituição, diz: “Sou um pouco arredio, não sou de muita amizade.” Mas se refere ao seu companheiro de quarto como seu “colega de fé”. Ele também relatou a assistência e o apoio que os dois prestaram a outro companheiro que faleceu de câncer no Instituto Nacional do Câncer. Conta que forneceu o número do seu celular para a assistente social do hospital para receber notícias diárias do amigo.

Ainda sobre as relações construídas e solidárias na vida diária da residência coletiva, um residente mais letrado do Abrigo relatou que ajuda alguns cuidadores que fazem curso de formação a escrever os trabalhos sobre a história da instituição. No entanto, alguns reclamaram do baixo nível cultural dos demais residentes, alegando que isto dificulta o convívio.

Em relação às mulheres do Abrigo, uma residente com transtorno bipolar tem um namorado, também residente. De acordo com as suas informações é ele quem fica com os documentos e o cartão para receber o seu benefício social. Ela diz que ele é muito bom com ela e que toma conta do dinheiro “diretinho”. Já namorou outro morador e “armou um barraco”, quando suspeitou que este estava “paquerando” outra residente. Esta mesma senhora, cadeirante, foi ajudada pela companheira de quarto a se vestir para a entrevista. Este tipo de ajuda desperta ciúmes no atual namorado. Ou seja, ciúmes e “barracos” também fazem parte da vida na instituição.

Namoros de moradores com pessoas que residem fora da instituição também acontecem. Esta é uma situação vivida por um senhor.

A vida em comunidade é vista por alguns idosos como vantajosa, dentre outras razões, como uma forma de mitigar a solidão. Como disse uma idosa residente há 22 anos no Abrigo Cristo Redentor: “Aqui é a melhor comunidade do mundo”. Outra, quando morava na casa da filha, dizia que todos saíam para os seus afazeres e ela se sentia muito só. O acesso à igreja era difícil e um dia caiu e teve que ficar deitada no chão até aparecer alguém para ajudá-la. Para ela, morar no Abrigo é a melhor opção, pois tem sempre gente a seu lado. Isto explica por que ela preferia o Abrigo na época em que tinha mais de mil moradores.

O convívio entre alguns residentes do CAMP se mostrou eficaz no sentido de motivá-los para o autocuidado que vinha sendo negligenciado fora da residência coletiva. A filha de uma senhora relatou que a mãe lhe pedira maquiagem para os olhos e estava mais vaidosa desde que chegara à instituição. Em casa nem mais usava a prótese dentária. Outra residente pediu para concluir a entrevista, pois precisava tomar banho e se vestir para o almoço. Estes casos revelam como a convivência na residência coletiva pode também facilitar a socialização entre os idosos, minimizando o isolamento intenso que muitas vezes ocorre nas moradias privadas.

No entanto, a solidão está presente na vida de vários residentes. Muitos falam da solidão: “A solidão mata”. “A solidão é minha companheira eterna”. Porém a solidão faz parte da condição humana e certamente está presente no contexto da vida em família.

5 COMENTÁRIOS FINAIS: A VIDA CONTINUA?

Como se descreveu ao longo deste capítulo, foram observadas histórias de vida muito diversas que desembocaram em um espaço físico comum, mas não em condições de vida semelhantes. Encontraram-se residentes “abrigados”, participando da vida social, construindo e reconstruindo vínculos afetivos e outros “retirados” da sociedade. Essas condições diferenciadas são fruto das histórias de vida diferenciadas e, em especial, de como as relações afetivas foram construídas ao longo da vida, bem como as atuais condições de saúde.

Havia idosos que achavam que a família tinha obrigação de cuidar deles, como outros que optaram pela residência coletiva para não ser um peso para ela. Havia, também, residentes que foram levados para a instituição por familiares à sua revelia, como outros que foram encaminhados por algum órgão público. Esta escolha ou não escolha pode influir na capacidade de adaptação dos idosos nas residências coletivas.

A literatura e a mídia apontam para mitos e estereótipos a respeito da família e das instituições. Uma representa o abrigo, a proteção, e a outra, um retiro da vida social, “depósitos de velhos”. No entanto, acredita-se que família e residência coletiva são instituições idealizadas. Na verdade, ambas são espaços de conflito e disputa de poder, abrigam e retiram indivíduos da sociedade. Estas vantagens e desvantagens são percebidas diferentemente. A vida continua em uma instituição. Do ponto de vista do idoso, as duas grandes questões são a sua perda de autonomia e insuficiência de renda. Isto o coloca em desvantagem onde quer que ele esteja, o que ainda pode ser agravado por histórias familiares conflituosas.

A vida em uma instituição reproduz, de forma ampliada, a vida em família. Ali se encontram “abrigo”, “retiro”, conflitos, abandono, expectativas, culpas, frustrações, afetos, cuidados, entendimentos, solidão etc. Ou seja, são situações que provavelmente também são vividas em uma residência particular. Em ambos os tipos de residência, se encontram indivíduos “retirados” da sociedade – os altamente dependentes. É provável que parte desses indivíduos quando se mudou para a instituição já estava “retirada” em decorrência das condições de saúde e não do tipo particular de residência. Nas instituições, observa-se uma concentração de indivíduos dependentes. Mesmo assim, algumas levam os idosos acamados e demenciados para tomar sol em áreas comuns, assistir televisão, possibilitando algum grau de socialização.

Com relação ao abandono, pergunta-se se o vivenciado na instituição é diferente do vivenciado na família. De acordo com os resultados desta pesquisa, evidenciou-se que a criação de vínculos dentro de uma instituição é possível, tanto entre o residente e seus familiares como entre os próprios residentes. Em muitos casos, a família é bastante presente. A necessidade da manutenção das relações familiares é também dos parentes, não só dos residentes. Muitos familiares experimentaram períodos de intenso sofrimento psíquico com a institucionalização. O sentimento de culpa é, em geral, decorrente do estigma que as instituições ainda carregam.

A instituição abriga, também, indivíduos que não têm vínculos, nem um lugar para morar. Neste caso, proporciona-lhes cidadania, reencontro com familiares e uma socialização. Um ponto que se levanta é como funcionam esses “vínculos impostos” pela legislação? São genuínos, justificam a culpa?

Bauman (2003) mostra que a palavra “comunidade” é sempre associada a coisas boas. “Para começar, a comunidade é um lugar “cálido”, um lugar confortável e acolhedor. É como um teto sob o qual nos abrigamos da chuva pesada, como uma lareira diante da qual esquentamos as mãos num dia gelado” (p. 7). No entanto, apesar de a palavra comunidade evocar tudo aquilo de que se precisa para se viver

seguro e confiante, refere-se a uma realidade utópica, pois segundo o sociólogo, ainda que se achasse esta comunidade sonhada, rapidamente nos defrontaríamos com um preço a pagar, pois em troca de proteção, perderíamos um tanto de liberdade, também chamada de “autonomia” ou “direito à autoafirmação”.

A moradia em uma instituição para idosos implica regras a serem seguidas: horário para as refeições, para o banho, para televisão, vida sexual restrita etc. Nas palavras de uma residente do Abrigo Cristo Redentor, ex-cozinheira profissional, que estava muito feliz por estar lá morando, quando perguntada sobre a qualidade da comida, respondeu: “não se pode ter tudo (...)”. Algumas regras também existem nos domicílios particulares, como horário de refeições etc.

Em outras palavras, a vida em sociedade, dentro ou fora da residência coletiva, envolve ganhos e perdas.

REFERÊNCIAS

- AMENDOEIRA, M. C. R. *et al.* O sentimento de isolamento social em idosos de uma instituição do Rio de Janeiro. *Arq. Bras. de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, v. 95, n. 75, 2000.
- ALCÂNTARA, A. O. *Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos*. Campinas, SP: Alínea, 2004.
- ALMEIDA, F. S. de. *Idosos em instituições asilares e suas representações sobre família*. 2005. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2005. 103 p.
- BEAUVOIR, S. *A velhice*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BAUMAN, Z. *Comunidade-A busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. *et al.* *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1.131-1.141.
- BRASIL. *Lei nº10.741*, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>
- CAMARANO, A. A. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. In: FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO (Ed.). *Idosos no Brasil – vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: SESC, 2007. p. 169-190.
- _____. Cuidados de longa duração para a população idosa: família ou instituição de longa permanência? *Radar Social*, Rio de Janeiro: SESC, 2008.
- DAVIM, R. M. B. *et al.* Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, 2004.
- DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/FAPESP, 1999.

KARSCH, U. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1970.

PICHON-RIVIÈRE, E. *Teoria do vínculo*. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

SILVA, C. A. *et al.* Relacionamento de amizade na instituição asilar. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 274-283, jun. 2006.

AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO BRASIL

Ana Amélia Camarano
Solange Kanso
Juliana Leitão e Mello
Daniele Fernandes Carvalho

1 INTRODUÇÃO

Entre as alternativas não familiares para o cuidado do idoso, as mais antigas são as instituições asilares que, no Brasil, foram renomeadas para Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). No entanto, a residência em ILPIs não é uma prática comum nos países do hemisfério sul. Neles, essas instituições têm sido vistas com resistência e preconceito, tradicionalmente como “depósito de idosos”, como lugar de exclusão, dominação e isolamento ou, simplesmente, “um lugar para morrer” (NOVAES, 2003), o que é discutido no capítulo de Christophe e Camarano neste livro.

Além disso, ainda é comum a percepção de que a residência em uma ILPI significa ruptura de laços com familiares e amigos. Em geral, acaba-se atribuindo à instituição a responsabilidade por situações de abandono que, de fato, já prevaleciam antes de o idoso chegar a ela. Frequentemente ignoram-se os novos laços que nelas são constituídos, o que é mostrado por Camarano e Scharfstein neste livro. Duas das consequências do forte estigma que envolve essa modalidade de atendimento são a baixa oferta de instituições de residência para idosos e o pequeno número de idosos que nelas vivem.

No entanto, como se viu no capítulo de Camarano e Kanso, neste livro, a demanda por essa modalidade de cuidados tende a crescer devido ao envelhecimento da população idosa e a oferta de cuidadores familiares tende a se reduzir, dadas as mudanças na família, a redução do seu tamanho e a participação maior das mulheres no mercado de trabalho. De acordo com Camarano (2007a), quando as

famílias se tornam menos disponíveis para cuidar dos seus membros dependentes, o Estado e o mercado privado terão de se preparar para atendê-los.

Apesar da importância da questão e dos desafios que a nova conjuntura representa, o Brasil conta ainda com poucas pesquisas sobre as modalidades de cuidado não familiares para a população idosa. Uma das iniciativas recentes de conhecer o perfil das ILPIs brasileiras foi feita pelo Ipea entre 2007 e 2009. Nesse período, o instituto realizou a pesquisa “Condições de Funcionamento e de Infraestrutura das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil”, que consistiu no primeiro levantamento nacional de caráter censitário sobre este tipo de serviço.¹ A pesquisa levantou as condições físicas, a infraestrutura, os serviços oferecidos, os recursos disponíveis (humanos, financeiros e parcerias), os custos de manutenção, bem como algumas características da população residente. Além disso, outro subproduto da pesquisa foi um cadastro nacional com a identificação das instituições brasileiras por sua natureza jurídica.

O presente capítulo tem como objetivo principal apresentar e discutir alguns resultados dessa pesquisa à luz do debate sobre os cuidados de longa duração no Brasil.² Visa, em paralelo, buscar elementos para que se possa definir mais adequadamente o que é uma instituição de longa permanência no Brasil. O trabalho foi dividido em oito seções, sendo a primeira esta introdução. A segunda seção discute o que se entende por instituição de longa permanência. Na terceira, apresenta-se a metodologia de pesquisa e, na quarta, algumas características das instituições pesquisadas em termos de natureza jurídica, localização espacial, tamanho e infraestrutura são descritas. Buscou-se traçar um perfil dos residentes a partir das informações coletadas quanto a sexo, idade e grau de dependência, na quinta seção. Os principais serviços ofertados são apresentados na sexta seção. A sétima considera os custos em que incorrem as instituições, bem como os recursos com que contam: humanos, fontes de financiamento e parcerias empreendidas. Considerações finais são apresentadas na oitava e última seção.

2 DEFININDO INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI)

Não há consenso no Brasil sobre o que seja uma ILPI. Os asilos constituem a modalidade mais antiga de atendimento ao idoso fora do convívio familiar.³ Eram inicialmente dirigidos à população carente, que necessitava de abrigo. Por esta razão, muitas das

1. Essa pesquisa contou com a parceria da Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Participaram dela, além das autoras, Micheline Christophe, Adriana Andrade, Sheila Epifanio, Henrique Diniz, Vanessa Regina Lemos da Silva, Laura Koiller Schnoor, Talita Vieira Gonçalves, Alexandre Damoias, Claudia Antunes, Ricardo Ferreira, Anna Cecília Jasmim de Aguiar, Raoni Leal, Camila Assano, Carolina Gagliano e Raphaela Marins.

2. Parte dos resultados da pesquisa já foi publicada. Foram publicados cinco livros referentes às cinco macrorregiões brasileiras e os resultados estão desagregados por Unidades da Federação (ver CAMARANO, 2007b, 2008a, 2008b, 2008c e 2010).

3. O capítulo de Christophe e Camarano neste livro apresenta um breve histórico das instituições de residência para idosos.

instituições brasileiras se autodenominam abrigos. É o caso, por exemplo, de 6,3% das instituições identificadas pela pesquisa Ipea. Isso justifica o fato de que um dos motivos mais importantes para a busca de uma instituição é a carência financeira e a falta de moradia e explica por que 65,2% das instituições identificadas pela pesquisa são filantrópicas. Como visto no capítulo de Camarano e Mello, neste livro, essas instituições fazem parte da rede de serviços da assistência social. Em geral, surgem, espontaneamente, pela ausência de políticas públicas, atendendo às necessidades da comunidade. Por isto, podem apresentar problemas na qualidade dos serviços oferecidos, o que afeta as condições de vida dos residentes (BORN; BOECHAT, 2006).

É muito comum associar instituições de longa permanência a instituições totais ou de saúde. De acordo com Debert (1999), é quase direta a associação de asilo de idosos com o modelo de instituição total. Esta é uma visão de Goffman, em 1961 (ver GOFFMAN, 2007), que define instituições totais como instituições onde: “todos os aspectos da vida são realizados num mesmo local e sob a mesma autoridade; cada fase da vida diária do participante é realizada na companhia de um grupo relativamente grande de outras pessoas; as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários; e toda a sequência de atividades é imposta de cima por um sistema de regras formais e um grupo de funcionários; finalmente, as atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição”.⁴

No entanto, a evidência empírica não parece confirmar essa associação em sua plenitude. Em primeiro lugar, “o grau de totalidade” das instituições depende do grau de dependência dos residentes. Os idosos dependentes, como os acamados, têm a sua vida totalmente administrada pela instituição, o que, provavelmente, ocorreria se estivessem residindo com suas famílias. A administração da vida desses é decorrente da sua falta de autonomia e, não necessariamente, da residência em uma instituição.

Outra associação comumente feita é de ILPIs com estabelecimentos de saúde. Embora serviços de saúde sejam o principal serviço ofertado pelas instituições brasileiras, como será discutido na sexta seção, elas não são estabelecimentos voltados para a clínica ou a terapêutica, apesar de os residentes receberem, além de moradia, alimentação e vestuário, serviços médicos e medicamentos (ver GROISMAN, 1999).

Muitas instituições tentam oferecer aos residentes um espaço que reproduza a vida em família. Algumas, por exemplo, se autodenominam lares. É o caso de aproximadamente 30% das instituições brasileiras. Muitas delas são pequenas, têm menos de dez residentes e funcionam em casas. Constituem 10,0% das instituições brasileiras.

4. Citado por Debert (1999). Ver, também, o trabalho de Christophe e Camarano neste livro.

O envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental requerem que os asilos deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a rede de assistência à saúde. Para expressar a nova função híbrida dessas instituições, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sugeriu a adoção da denominação “Instituição de Longa Permanência para Idoso (ILPI)”. Trata-se de uma adaptação do termo utilizado pela Organização Mundial de Saúde (*Long-Term Care Institution*) (COSTA, 2004). No entanto, na literatura e na legislação, encontram-se referências indiscriminadamente a ILPIs, casas de repouso e asilos (CAMARANO, 2007a). Na maior parte dos casos, as instituições não se autodenominam ILPIs.

Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), ILPIs são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania. Ou seja, são domicílios coletivos que oferecem cuidados e algum tipo de serviço de saúde. São híbridas e por isto devem compor não só a rede de assistência e saúde, mas também, a de habitação.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa consistiu num levantamento nacional de caráter censitário, realizado em todo o território nacional entre 2007 e 2009. A primeira etapa compõe-se de um levantamento da literatura nacional e internacional sobre ILPIs, o que incluiu também uma revisão da legislação federal pertinente. A partir da revisão bibliográfica, foi definido e testado um questionário a ser respondido pelas instituições. O questionário coletou informações sobre as características dos serviços prestados, a infraestrutura física, os recursos humanos e financeiros com que contam as instituições, os convênios e parcerias, os gastos e sua composição, o número de residentes, bem como algumas características deles, como sexo, idade e condição de autonomia.

A coleta dos dados foi realizada a partir da elaboração de um cadastro das instituições. Este foi feito a partir do levantamento do número e da localização de instituições de longa permanência que oferecem residência para idosos junto ao MDS, às secretarias municipais e estaduais de assistência social ou congêneres, aos conselhos dos idosos das três esferas governamentais, ao Ministério Público, às agências nacional e regionais da vigilância sanitária, às listas telefônicas, aos classificados de jornais etc. Tentou-se captar o universo das instituições, aí incluídas públicas, privadas com fins lucrativos e filantrópicas, religiosas ou não.

A partir do cadastro elaborado, deu-se início à aplicação dos questionários. Esse trabalho foi realizado por correio, *e-mail*, fax e telefone, de acordo com a disponibilidade dos dirigentes ou responsáveis pelas instituições em responder. Além de enviar o questionário por correio, com envelope selado para resposta, a equipe da pesquisa fez contatos telefônicos com os dirigentes para esclarecer dúvidas e sensibilizá-los a responder. Contou-se com a colaboração de conselheiros estaduais e municipais e técnicos das secretarias, também estaduais e municipais, para o trabalho de sensibilização. Visitas às instituições foram realizadas entre 2007 e 2009. As visitas foram feitas àquelas instituições que mostraram dificuldades em responder ao questionário. A primeira região a ser pesquisada foi a Norte, em seguida a Centro-Oeste, a Sul, a Nordeste e, por fim, a Sudeste. O índice de resposta foi considerado bastante satisfatório.

A pesquisa Ipea localizou 3.548 instituições no território brasileiro, das quais 92,8% responderam à pesquisa. A tabela 1 apresenta o número de instituições identificadas e respondentes segundo as regiões brasileiras. Pode-se observar que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste a taxa de resposta se aproximou de 100%. A mais baixa taxa foi observada na região Sudeste, 90,2%.

TABELA 1

Brasil: número de ILPIs identificadas e respondentes por região – 2007-2009

Região	Identificadas em funcionamento	Respondentes	Taxa de resposta (%)
Norte	49	49	100,0
Nordeste	302	301	99,7
Sudeste	2.255	2.035	90,2
Sul	693	663	95,7
Centro-Oeste	249	246	98,8
Brasil	3.548	3.294	92,8

Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

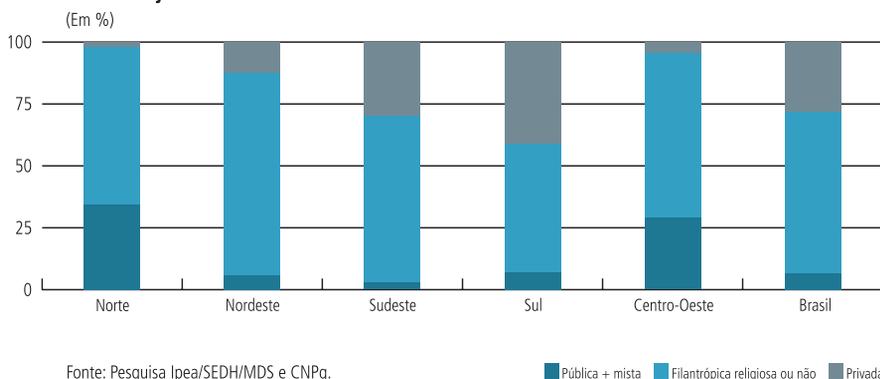
4 AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

4.1 Visão geral

As 3.548 instituições localizadas pela pesquisa Ipea cobrem apenas 29,9% dos municípios brasileiros. A grande maioria é filantrópica, 65,2%, aí incluindo as religiosas e leigas, como mostra o gráfico 1. As privadas constituem 28,2% do total. Apenas 6,6% das instituições brasileiras são públicas ou mistas. Isto significa 218

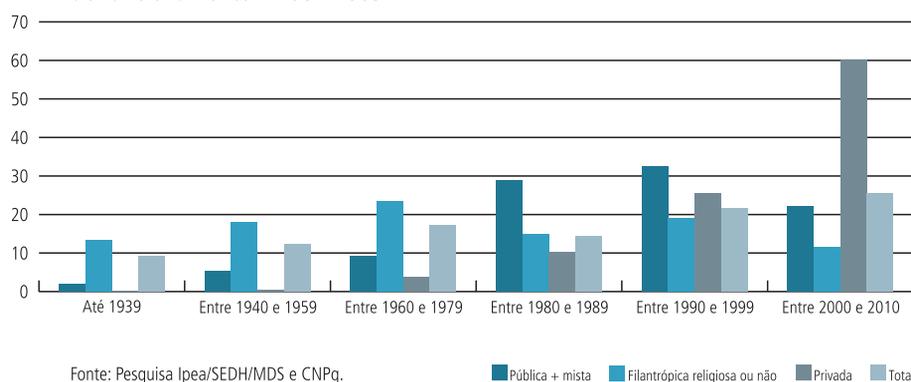
instituições, número bem menor que o total de instituições religiosas vicentinas, aproximadamente 700.

GRÁFICO 1
Brasil: distribuição proporcional das ILPIs para idosos por região segundo a natureza jurídica – 2007-2009



Como a pesquisa refere-se a apenas um ponto no tempo, é difícil saber quanto tem variado o número de instituições ao longo desse período. Ou seja, tem crescido para acompanhar o aumento da demanda? Uma inferência é feita utilizando-se as informações sobre o ano de início das atividades das instituições pesquisadas. Esta informação refere-se apenas às instituições existentes no momento da pesquisa. É possível que muitas tenham sido abertas e fechadas ao longo do período. Neste caso, isto deve ocorrer mais com as privadas. O gráfico 2 mostra que a maior parte das instituições existentes no momento da pesquisa foi criada a partir de 1980, 61,4%. Somente na última década 25,4% das instituições existentes iniciaram suas atividades.

GRÁFICO 2
Brasil: distribuição proporcional das ILPIs por natureza jurídica e ano de início de funcionamento – 2007-2009



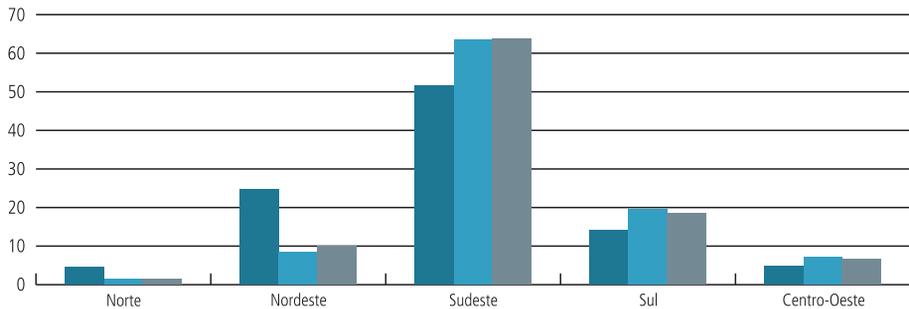
Observa-se nas últimas décadas um crescimento acentuado das instituições privadas com fins lucrativos. Elas foram responsáveis por 64,2% das instituições criadas na primeira década deste século. Isto pode refletir a redução de preconceitos em relação a essa modalidade de cuidados bem como a reduzida atenção que tem recebido das políticas públicas em geral. Não se sabe se essas instituições têm preenchido os requisitos legais de funcionamento.

4.2 A localização espacial

As instituições brasileiras estão concentradas na região Sudeste, aproximadamente dois terços delas, e nas cidades maiores. Apenas o Estado de São Paulo concentra 34,3% do total de instituições. Este é um resultado esperado dado que a maior proporção da população idosa aí se localiza, conforme mostrado no gráfico 3. No entanto, observa-se uma super-representação das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste no tocante às ILPIs e uma sub-representação das demais. A região Nordeste concentra 24,7% da população idosa brasileira e 8,5% das instituições. Já na região Sudeste, encontram-se 51,7% da população e 63,6% das instituições brasileiras. Chega-se à mesma conclusão quando se compara a distribuição dos residentes nas instituições pelas regiões brasileiras.

GRÁFICO 3

Brasil: distribuição proporcional da população idosa e das ILPIs segundo as regiões brasileiras – 2007-2009



Fonte: Estimativas preliminares dos totais populacionais, desagregadas por idade e sexo realizadas pelo MS/SE/Datasus e Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

■ População idosa ■ ILPIs ■ Residentes

Considerando a natureza jurídica das instituições por regiões, observa-se, no gráfico 1, que as filantrópicas predominam, em maior ou menor grau, em todas as regiões. Esta proporção é mais elevada na região Nordeste, 81,4% do total de instituições, e mais baixa na região Sul, 51,9%. É nesta região que se verifica a mais elevada proporção de instituições privadas com fins lucrativos, 41,2%. Conforme já se mencionou, é muito baixa a proporção de instituições públicas. O percentual mais elevado foi observado na região Norte, onde aproximadamente um terço das instituições aí localizadas tem essa natureza jurídica.

Verificou-se, também, uma concentração das instituições nos grandes municípios. Aproximadamente 71% dos municípios brasileiros não contam com nenhuma instituição. O gráfico 4 apresenta a distribuição de instituições por tamanho de municípios. Aproximadamente 30% das instituições brasileiras estão localizadas naqueles que contam com mais de 500 mil habitantes. Nos pequenos, com menos de 10 mil habitantes, encontram-se 10,4% dessas. Essa discrepância na distribuição espacial fica reforçada na tabela 2, que apresenta o número médio de instituições por tamanho dos municípios. Enquanto nos municípios de menos de 5 mil habitantes, este número foi de 0,08, nas com mais de 500 mil ele alcançou aproximadamente 28.

GRÁFICO 4

Brasil: proporção de municípios com pelo menos uma ILPIs identificada segundo seu tamanho – 2006-2010

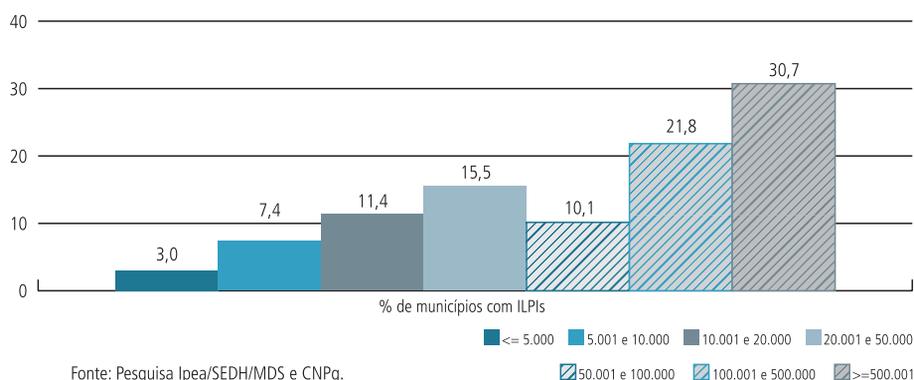


TABELA 2

Brasil: número de ILPIs identificadas segundo o tamanho de municípios – 2007-2009

	Municípios	Municípios com ILPIs	ILPIs identificadas	% de municípios com ILPIs	Número médio de ILPIs
<= 5.000	1.282	104	108	3,0	0,08
5.001 e 10.000	1.283	254	261	7,4	0,20
10.001 e 20.000	1.363	373	404	11,4	0,30
20.001 e 50.000	1.050	432	551	15,5	0,52
50.001 e 100.000	317	211	360	10,1	1,14
100.001 e 500.000	230	209	774	21,8	3,37
>= 500.001	39	38	1.090	30,7	27,95
Total	5.564	1.621	3.548	100,0	0,64

Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

4.3 Características da infraestrutura das instituições

Foram considerados três indicadores de infraestrutura física: área total e construída, espaços disponíveis, número de leitos por quarto (ocupados e vagos). No que se refere aos dois primeiros, pode-se dizer que as instituições brasileiras ocupam amplos terrenos. A tabela 3 mostra que, em média, elas estão localizadas em áreas de 6.860 m², com área média construída de 1.210 m². A variabilidade, no entanto, é grande, como se pode observar pelos valores máximos e mínimos da tabela mencionada.

TABELA 3

Brasil: estatísticas da área física e construída das ILPIs 2007-2009

	Em m ²	
	Área física total	Área construída
Média	6.859,45	1.208,41
Mínimo	100,00	30,00
Máximo	192.565,00	42.278,00
ILPIs respondentes	2.573	2.591

Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

Em média, cada ILPI brasileira abriga 30,4 residentes, o que leva a se inferir que as instituições brasileiras são pequenas. No conjunto delas, predominam as instituições que abrigam menos de 20 residentes. Estas são responsáveis por 38,0% do total, seguidas das que contam com 20 a 29 residentes (24,0%) e as de 30 e 49 (23,0%). Aproximadamente 15% podem ser consideradas grandes, pois abrigam 50 residentes ou mais (ver gráfico 5). Analisando esta informação por natureza jurídica, observam-se algumas diferenças. A proporção de instituições com menos de 20 residentes é bem mais elevada entre as públicas e as privadas; 54,1% e 54,4%, respectivamente. Entre as filantrópicas, essa proporção é inferior a 30%. Por outro lado, a proporção de instituições que contam com mais de 50 residentes é mais elevada que nas demais, 20,5%. Entre as privadas, essa proporção é de 4,1%.

A tabela 4 apresenta o estado onde se localizam a maior e a menor instituição e sua natureza jurídica. Para classificá-las foram utilizados os seguintes indicadores: área física total e área construída. De acordo com os dois indicadores, a menor instituição é uma pública, localizada em Minas Gerais. Já a maior, tanto em termos de total de área física quanto de número de residentes é uma instituição filantrópica, localizada em São Paulo. Em termos de área construída, encontrou-se uma filantrópica no Rio de Janeiro.

GRÁFICO 5

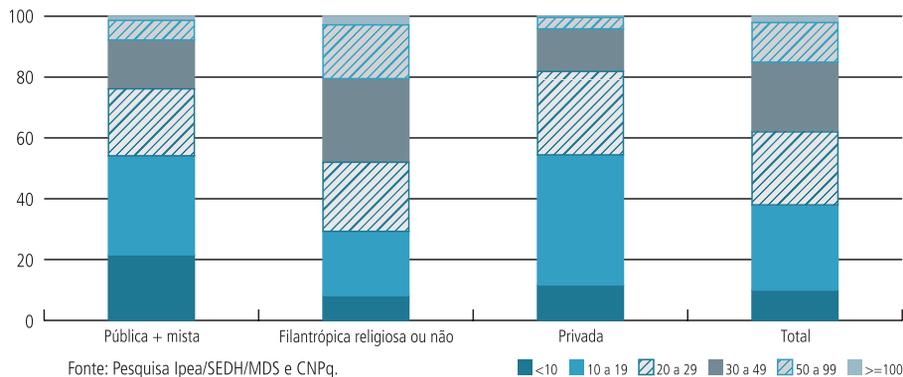
Brasil: distribuição proporcional das ILPIs por tamanho segundo a natureza jurídica – 2007-2009

TABELA 4

Brasil: indicadores que caracterizam a maior e a menor instituição por Unidade da Federação e natureza jurídica – 2007-2009

	Menor por natureza	Maior por natureza
Área física total (m ²)	Minas Gerais – pública	São Paulo – filantrópica
Área construída (m ²)	Minas Gerais – pública	Rio de Janeiro – filantrópica
Número de residentes por ILPI	Minas Gerais – pública São Paulo – privada	São Paulo – filantrópica

Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

No conjunto das instituições pesquisadas, encontrou-se 109.447 leitos, dos quais aproximadamente 90% estão ocupados. Ou seja, pode-se falar que as instituições estão operando com quase toda a sua capacidade. O trabalho de Romero *et al.*, neste livro, e o de Pollo e Assis (2008) apontam para uma demanda por ILPIs não atendida no município do Rio de Janeiro. O trabalho de Romero *et al.* mostra como o tempo de internação de idosos nos hospitais públicos tem se prolongado pela falta de alternativas de moradia para os pacientes em condições de alta. Isto significa um atendimento não adequado para esses idosos e custos mais elevados para o Estado.

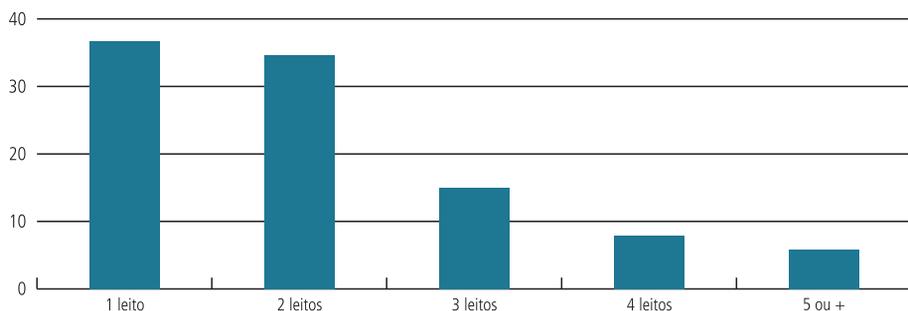
Através dos registros da Secretaria Extraordinária de Qualidade de Vida da Prefeitura do Rio de Janeiro, Pollo e Assis (2008) observaram um crescimento na solicitação de vagas em ILPIs nos últimos dois anos. Essa demanda tem sido de 30 a 40 pedidos por mês, em sua maioria vindos de pessoas sem condições financeiras. Os pedidos provêm de atendimentos sociais e de órgãos como a Promotoria do Idoso do Ministério Público, do Núcleo Especial de Atendimento à Pessoa Idosa, da Delegacia do Idoso, das Unidades de Saúde, da Central de Recepção de Adultos

e Família que acolhem pessoas moradoras de rua e da Vigilância Sanitária, por ocasião de interdições com indicação de retirada dos idosos da ILPI. As autoras salientam que moradores de rua são geralmente homens independentes para a realização das atividades de vida diária.

Foi considerada, no gráfico 6, a distribuição proporcional dos quartos das instituições por número de leitos. Aproximadamente 72% dos quartos das instituições brasileiras têm um ou dois leitos e 5,9% têm cinco leitos e mais e estão fora das normas da Anvisa.⁵ Os dados mostrados sugerem que as instituições pesquisadas oferecem aos residentes um certo grau de privacidade.

GRÁFICO 6

Brasil: distribuição proporcional dos quartos das ILPIs segundo o número de leitos – 2007-2009

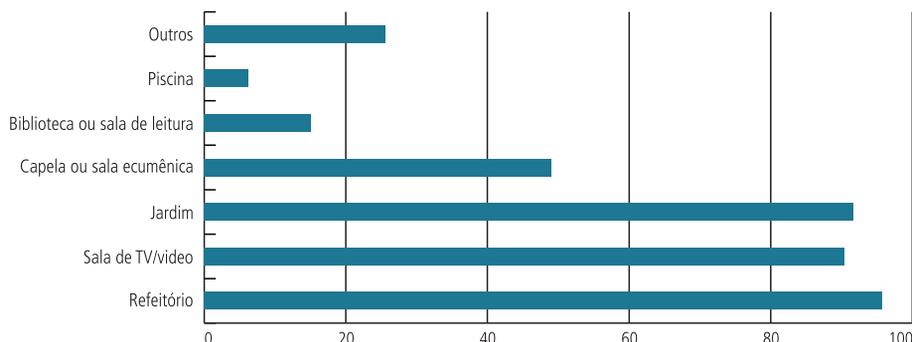


Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

Outro indicador importante para caracterizar a infraestrutura física dessas instituições é a disponibilidade de outros espaços além dos quartos, o que está mostrado no gráfico 7. Observa-se que mais de 90% das ILPIs brasileiras declararam possuir refeitório, jardim/pátio/quintal e sala de TV/vídeo, sendo o refeitório o espaço mais frequente. Isto sugere a possibilidade de áreas para refeição, lazer, descanso ou atividades ao ar livre dos residentes, o que permite algum grau de integração entre eles. Aproximadamente 50% das instituições reportaram dispor de sala ecumênica e/ou capela, o que, como esperado, é mais comum nas instituições religiosas. Por outro lado, biblioteca ou sala de leitura são encontradas em apenas 15% das instituições que responderam à pesquisa.

5. Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) desta Agência, de 2005, as acomodações das ILPIs podem ter, no máximo, quatro leitos.

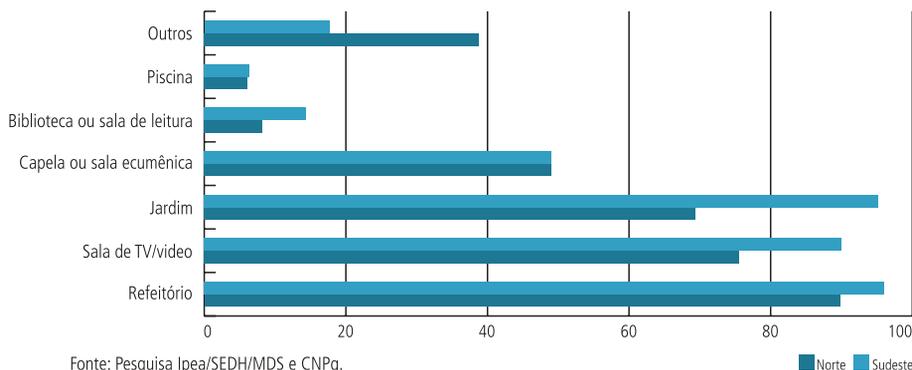
GRÁFICO 7

Brasil: proporção de ILPIs que declararam dispor dos espaços – 2007-2009

Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

O gráfico 8 compara os espaços existentes nas instituições localizadas nas regiões Norte e Sudeste. Como esperado, as instituições localizadas nas regiões Sudeste oferecem uma gama muito maior de outros espaços, como jardins, sala de TV/vídeo e bibliotecas, do que as nortistas.

GRÁFICO 8

Norte e Sudeste: proporção de ILPIs que declararam dispor dos espaços – 2007-2008

Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

■ Norte ■ Sudeste

5 ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DOS RESIDENTES

Assume-se que os residentes das ILPIs são pessoas que nunca tiveram ou perderam familiares próximos, que experimentam conflitos familiares e/ou que não têm condições físicas ou mentais de administrar o seu cotidiano nem de garantir o seu sustento. Homens e mulheres vivendo sós apresentam uma probabilidade maior de viver em uma instituição, especialmente mulheres. As razões para isto não são muito claras, mas a maior probabilidade de uma mulher residir em uma instituição

pode ser o resultado de diferenças na idade, saúde, capacidade funcional e arranjos familiares. Além disto, como observado em outros capítulos deste livro, homens têm uma chance maior de ser cuidados pelas cônjuges do que as mulheres e, com isto, permanecer mais tempo com a família.⁶

Nas 3.548 instituições pesquisadas foram encontrados 100.251 residentes, dos quais 11,9% não eram idosos, se adotado o corte etário definido pela Política Nacional do Idoso (PNI), de 60 anos e mais. Este número refere-se aos residentes nas 3.294 instituições respondentes. Como 254 instituições não responderam à pesquisa e o número médio de residentes encontrado é de 30,4, pode-se inferir que não se contaram aproximadamente 7,7 mil residentes, dos quais 6,6 mil eram idosos. Ou seja, estima-se em 95,2 mil o número de idosos residentes.

Este número aproxima-se das estimativas feitas por Camarano (2005) com base no Censo Demográfico de 2000, que foi de 103 mil. Embora exista uma defasagem de quase dez anos entre os dois resultados, com base no referido censo, encontram-se residentes de qualquer tipo de domicílio coletivo. Além das ILPIs, aí estão incluídos residentes em prisões, hotéis, conventos, seminários etc. Isto pode explicar o menor número de pessoas encontradas nas ILPIs pela pesquisa Ipea.

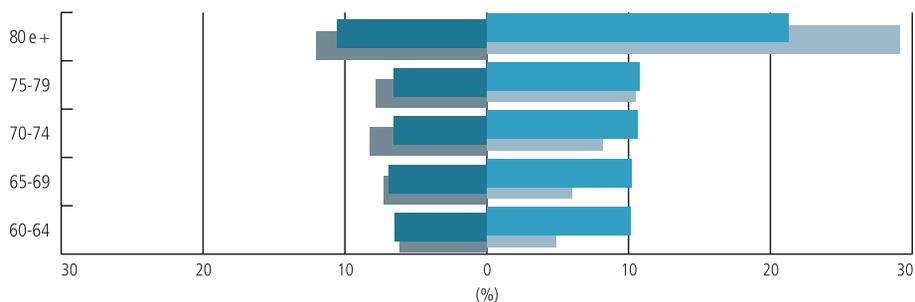
Os residentes constituem apenas 1% da população idosa brasileira, indicando que a cobertura dessa modalidade de atendimento é bastante baixa, se comparada aos padrões internacionais. Isto pode ser reflexo do baixo número de instituições e do preconceito com relação a essa modalidade de cuidados, o que afeta sua expansão. Assumindo que a população que demanda cuidados é a que tem dificuldades para as atividades da vida diária, o gráfico 9 compara a distribuição proporcional de idosos com dificuldades para a vida diária residindo em domicílios particulares, chamados demandantes, e os de idosos residindo nas ILPIs pesquisadas. Em ambas as situações, a proporção de idosos cresce com a idade. Isto é mais acentuado entre as mulheres. Como salientado na literatura, as mulheres predominam nas instituições, especialmente as muito idosas, como acontece com as demandantes de cuidados. Observa-se que a primeira distribuição é mais jovem que a segunda, o que sugere um grau de dependência maior entre os residentes.

A distribuição espacial dos moradores nas instituições pesquisadas segue, como esperado, a distribuição das ILPIs (gráfico 3). Comparada à população de idosos, mostra uma super-representação das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. O contrário se verifica com relação às regiões Norte e Nordeste.

6. Ver o capítulo de Duarte *et al.* e o de Camarano e Kanso neste livro.

GRÁFICO 9

Brasil: distribuição proporcional da população de idosos residentes nas ILPIs e de idosos com dificuldades para as atividades da vida diária – 2007-2009

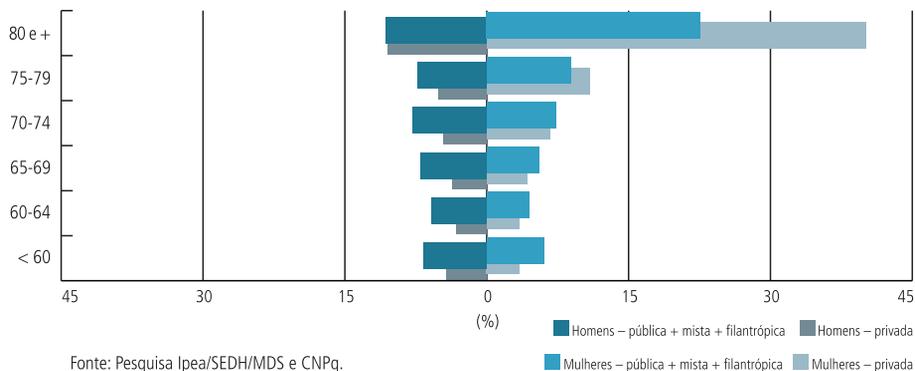


Fonte: IBGE/PNAD de 2008 e Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

O gráfico 10 compara a distribuição proporcional da população idosa nas ILPIs públicas e filantrópicas com as privadas por sexo e idade. Embora se observe o predomínio de mulheres nas duas modalidades de instituição, esse predomínio é mais acentuado nas instituições privadas com fins lucrativos. O mesmo acontece com a população muito idosa. Isto sugere – o que será reforçado na próxima seção – que a busca pela moradia numa ILPI privada se dá, principalmente, por pessoas dependentes que não podem contar com um cuidador familiar. Por outro lado, nas públicas e privadas questões de ordem financeira devem prevalecer entre os fatores que levam à procura de uma instituição para moradia.

GRÁFICO 10

Brasil: distribuição proporcional dos residentes em ILPIs por idade e sexo segundo a natureza jurídica – 2007-2009



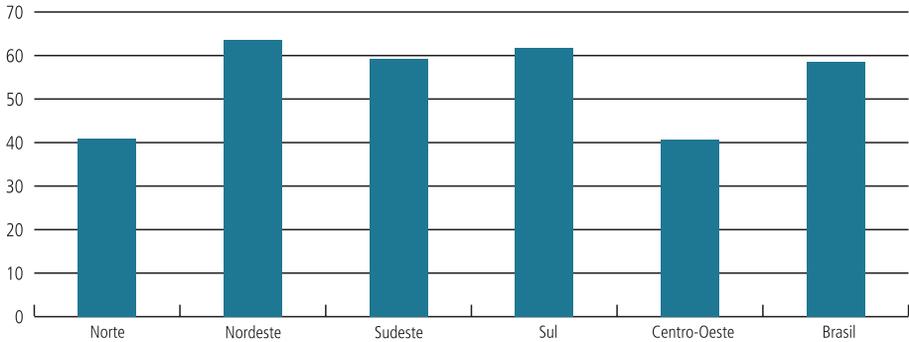
Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

O predomínio das mulheres nas instituições varia entre as regiões. O gráfico 11 apresenta a proporção de mulheres idosas residentes nas instituições segundo as cinco grandes regiões brasileiras. Para o conjunto delas, o predomínio é de

mulheres, 58,6% do total de residentes. No Nordeste, a proporção de mulheres alcança 63,5% do total de idosos residentes. Este resultado corrobora os achados na literatura internacional e nacional.

GRÁFICO 11

Brasil: proporção de mulheres idosas residentes nas ILPIs segundo regiões – 2007-2009



Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

No entanto, nas regiões Norte e Centro-Oeste encontrou-se o inverso. Nelas, a proporção de idosos do sexo masculino é mais elevada que a de mulheres. Por exemplo, nos estados de Roraima e Rondônia, os homens constituem cerca de 84% dos residentes. Tal fato pode ser consequência dos fluxos migratórios tipicamente masculinos que se dirigiram a essas regiões nos anos 1950 e 1960, por ocasião da expansão da fronteira agrícola, da construção da Belém–Brasília e da exploração do garimpo. Uma das hipóteses que explica essa configuração atípica é que esses migrantes não tenham constituído laços familiares locais, não podendo, hoje, contar com o suporte/cuidado de familiares.

A pesquisa coletou também informações a respeito do grau de dependência dos residentes em ILPIs. A classificação utilizada leva em conta o número de atividades da vida diária⁷ que o residente tem habilidade para efetuar. As categorias são: independentes, refere-se a quem não necessita de auxílio para realizar as atividades da vida diária; semidependentes, quem necessita de ajuda em até três dessas atividades; e dependentes, que precisam de ajuda para realizar as atividades de autocuidado. Essas informações referem-se ao total de residentes e não apenas à população idosa.

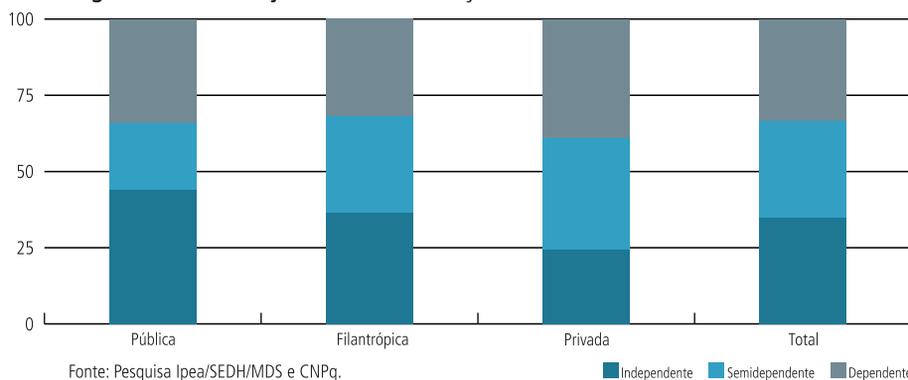
Variações expressivas na proporção de idosos dependentes são encontradas quando se considera a natureza jurídica da instituição. O gráfico 12 apresenta a distribuição proporcional dos residentes das ILPIs pelo grau de dependência segundo

7. Conforme definido na RDC nº 283, as atividades são: fazer higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se ou locomover-se.

a sua natureza jurídica. Para o conjunto das instituições, observa-se uma distribuição homogênea pelos três graus de dependência. A maior parte dos residentes foi classificada como independente (34,9%) e a menor, 31,9%, semidependente. Nas instituições privadas, a maior parcela é dependente, 38,8%, reforçando o que já foi sugerido que é provavelmente pela dificuldade de cuidado na família que esses idosos optam pela residência na ILPI. Nas públicas mistas e filantrópicas, observa-se o contrário. A maior parte dos residentes é independente, 43,9% e 36,7%. Neste caso, como já apontado, carência de renda e de moradia podem figurar entre os principais motivos que levam à busca por uma residência institucional.

GRÁFICO 12

Brasil: distribuição proporcional dos residentes nas ILPIs por grau de dependência segundo a natureza jurídica nas instituições – 2007-2009



O grau de dependência dos residentes é uma variável importante para se definir a adequação dos serviços de uma instituição. Assim, uma instituição com idosos independentes deveria contar com uma ampla oferta de serviços voltada para atividades que estimulem a geração de renda e a participação social por parte dos idosos, bem como atividades de lazer, leitura, teatro, cursos diversos. Além disso, é importante que ofereçam serviços e atividades que busquem promover a autonomia do idoso e/ou retardar o aparecimento de incapacidades. Por outro lado, naquelas com idosos fragilizados, espera-se uma oferta de serviços de saúde mais complexa.

São pouquíssimas as instituições que contam apenas com idosos dependentes ou independentes, 2,6% e 2,3%, respectivamente. O que parece acontecer é que os idosos entram nas instituições com relativa autonomia e depois a perdem à medida que a idade avança. Apesar de ser mais fácil administrar uma instituição onde residem apenas pessoas dependentes e independentes, os especialistas são unânimes em dizer que não é bom para um indivíduo ser transferido de uma

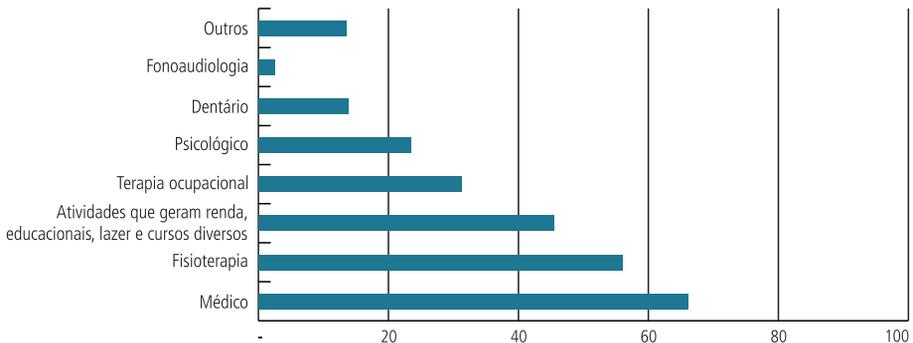
instituição para outra, pois há quebra de vínculos. O Estatuto do Idoso, no artigo 49, parágrafo 3, afirma que o idoso deve ser mantido na mesma instituição, salvo em caso de força maior (BRASIL, 2003).

6 SERVIÇOS OFERECIDOS

Apesar de as instituições de longa permanência não serem instituições de saúde, quando se analisa o conjunto delas no Brasil, os serviços de saúde são os principais oferecidos. Serviços médicos e os de fisioterapia foram citados por 66,1% e 56,0% delas, respectivamente (gráfico 13). Estas informações referem-se a serviços oferecidos dentro das instituições. Ressalta-se que tanto fisioterapia como serviços de terapia ocupacional, encontrados em 31,3% delas, são importantes para ajudar as pessoas a manterem sua independência, sejam elas dependentes ou independentes. A oferta de atividades que geram renda, de lazer e/ou de cursos diversos é menor que a de serviços médicos. Estes serviços foram encontrados em 45,4% das instituições pesquisadas. O papel dessas atividades é estimular algum grau de integração entre os residentes e ajudá-los a exercer um papel social.

GRÁFICO 13

Brasil: proporção de ILPIs que declararam oferecer o serviço mencionado – 2007-2009



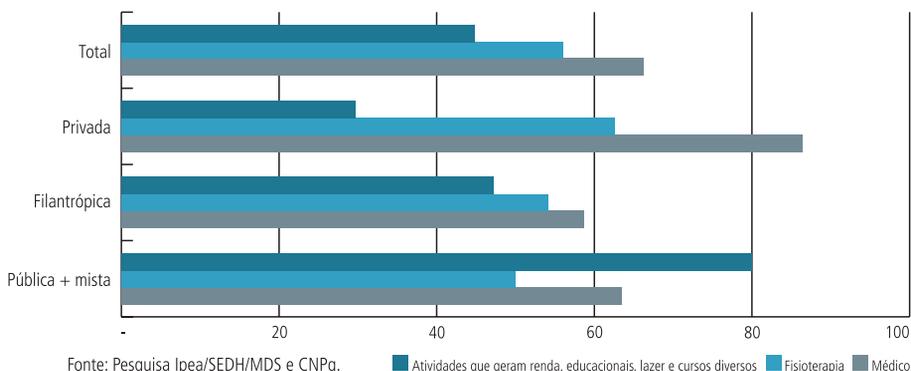
Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

A oferta de serviços varia de acordo com a natureza jurídica das instituições, como ilustra o gráfico 14, o que sugere uma certa coerência na provisão dos serviços com o grau de dependência dos idosos. Mas a cobertura desses serviços é baixa. Nas privadas, cuja proporção de residentes dependentes e semidependentes é mais elevada, encontra-se serviço médico em 86,3% delas. Já nas públicas e filantrópicas, que contam com uma menor proporção de residentes dependentes, as proporções comparáveis são 63,5% e 58,6%, respectivamente. Diferenças relevantes também são observadas na oferta de atividades que geram renda, de lazer e/ou cursos diversos. Nas públicas, a proporção

chega a 80,0%. Por outro lado, apesar de sua importância, apenas 29,6% e 47,2% das instituições privadas com fins lucrativos e filantrópicas, respectivamente, oferecem serviços dessa natureza. No caso das privadas, essa baixa oferta reflete, provavelmente, a condição de dependência de grande parte de seus residentes.

GRÁFICO 14

Brasil: proporção de ILPIs que oferecem serviços médicos e atividades diversas segundo a natureza jurídica – 2007-2009



Segundo Creutzberg *et al.* (2007), serviços de saúde fornecidos pelas instituições são, em geral, centrados na cura e na reabilitação, o que vai na direção contrária das políticas atuais de saúde do idoso. Raramente, essas instituições oferecem programas sistemáticos de promoção da saúde dirigidos a manter a capacidade funcional dos idosos.

7 CUSTOS, FINANCIAMENTOS E PARCERIAS

Cada instituição gasta mensalmente, em média, R\$ 744,10 por residente.⁸ Esse gasto varia quanto à natureza jurídica das instituições e reflete também a oferta de serviços e o tipo de apoio com que elas contam. A maioria das instituições brasileiras é filantrópica, o que lhes assegura isenções de taxas, de alguns impostos, além de serem propensas a receber doações e a contar com pessoal voluntário e/ou cedido dos governos estaduais ou municipais. Nas instituições públicas, o gasto médio *per capita* é maior, R\$ 909,92, o que parece ser devido ao maior gasto com pessoal. Nas privadas filantrópicas ou com fins lucrativos, os valores são bastante semelhantes, R\$ 738,18 e R\$ 724,52, respectivamente (ver tabela 5). Nessas duas modalidades de instituição, encontra-se aproximadamente 95% dos residentes.

8. Salienta-se que esta é uma estimativa aproximada dos custos monetários, dada a dificuldade de quantificar vários itens, tais como roupas, alimentos, medicamentos por exemplo, que são obtidos por meio de doações. O mesmo se verifica com o item recursos humanos, que são obtidos em parte por meio de cessão de funcionários dos governos estaduais e municipais, convênios para estágios de voluntários oriundos da comunidade.

TABELA 5

Brasil: distribuição proporcional de residentes nas ILPIs e custo médio mensal per capita segundo a natureza jurídica – 2007-2009

	% residentes	Custo médio <i>per capita</i> (R\$)	Desvio-padrão do custo médio <i>per capita</i> (R\$)
Pública + mista	5,5	909,92	448,17
Filantrópica	76,8	738,18	156,47
Privada	17,8	724,52	300,95
Total	100,0	744,10	164,08

Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

Os valores acima apresentados são valores médios, que apresentam uma grande variabilidade, conforme mostrado na tabela 5. A instituição que reportou um custo médio *per capita* mais elevado é uma instituição privada, localizada em São Paulo. O custo médio declarado é de R\$ 9.230,77. Já a ILPI que reportou o custo mais baixo é filantrópica religiosa e situa-se no Estado de Alagoas. O custo mensal foi de R\$ 92,62. Como esta é uma instituição religiosa, doações não monetárias e trabalho voluntário devem desempenhar um papel muito importante na redução dos seus custos.

A composição dos gastos pelos vários itens está apresentada no gráfico 15. A maior parcela dos recursos é destinada ao pagamento dos funcionários que nelas trabalham ou prestam serviços. Isso ocorre em todas as instituições, independente de sua natureza, mas com importância diferenciada. Essa rubrica responde por 52,9% do total dos gastos das ILPIs brasileiras. Cerca de 14,0% dos gastos são destinados à alimentação e 9,5% ao pagamento de despesas fixas (telefone, luz, gás, água). Medicamentos são responsáveis por uma parcela relativamente baixa dos gastos das ILPIs, cerca de 5%. Isso é explicado, em parte, por não raras vezes ficarem estas despesas a cargo dos familiares ou advirem de doações. Os outros 18,0% são referentes a despesas com aluguel, pequenos consertos, combustível, manutenção da casa e/ou aquisição de material de escritório.

Os gastos com pessoal variam de 57,2% do total de gastos das instituições públicas a 46,5% das privadas com fins lucrativos, como mostra o gráfico 15. Gastos com alimentação são, também, mais elevados nas públicas e mais baixos nas filantrópicas. As referidas proporções são, respectivamente, 16,8% e 13,7%. A variabilidade relativa nas despesas com medicamentos é, também, elevada: absorve 6,2% das despesas das instituições filantrópicas e 1,9% das privadas, o que reflete, sem dúvida, a oferta (ou não) de medicamentos por parte das instituições. Por outro lado, as privadas apresentam gastos mais elevados que as demais na categoria “outros”.⁹

9. Outros gastos incluem aluguel, produtos de limpeza, vestuário e higiene pessoal, reparos na casa, combustível e outros (por exemplo, material para escritório).

GRÁFICO 15

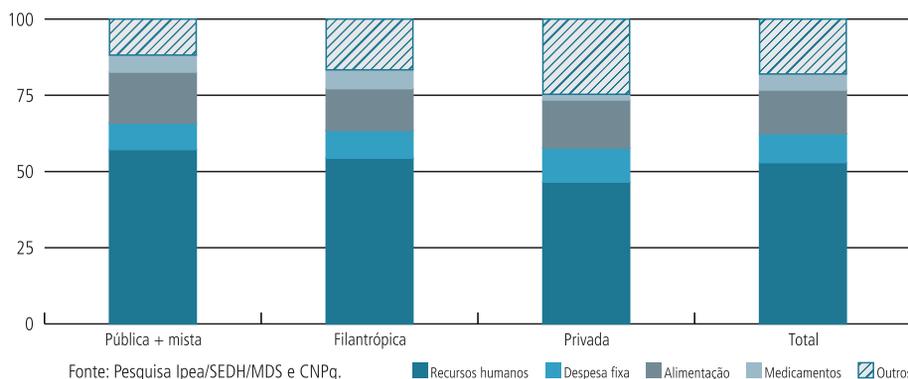
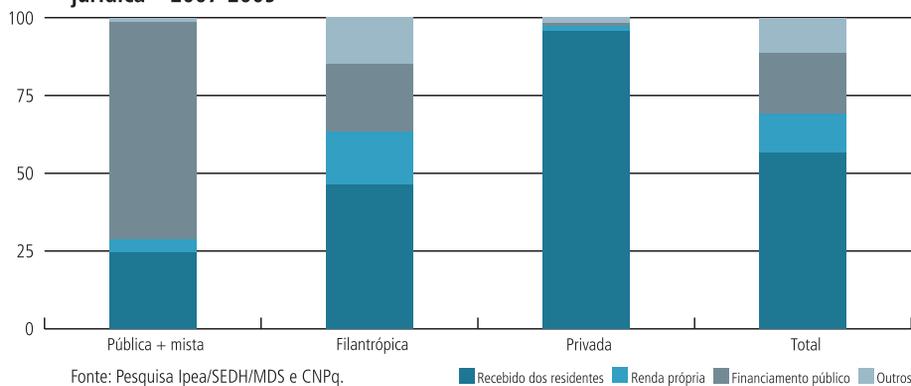
Brasil: composição percentual dos gastos das ILPIs por natureza jurídica – 2007-2009

GRÁFICO 16

Brasil: composição percentual do financiamento das ILPIs por natureza jurídica – 2007-2009

As instituições brasileiras vivem principalmente do recurso aportado pelos residentes e/ou familiares, mesmo as instituições filantrópicas que recebem financiamento público. Neste caso, esse aporte é chamado de contribuição. O Estatuto do Idoso estabelece que ela pode alcançar até 70% do valor do benefício do idoso.¹⁰ Já as instituições privadas cobram uma mensalidade, cujo valor depende das condições de mercado e de seus custos. Considerando o conjunto das instituições, aproximadamente 57% das receitas são oriundas de contribuição ou mensalidade pagas pelos residentes e/ou familiares, como

10. O Artigo 35 do Estatuto do Idoso atribui ao Conselho Municipal do Idoso ou ao Conselho Municipal da Assistência Social a responsabilidade por definir a forma de participação do idoso no custeio da entidade. As instituições públicas não podem cobrar nenhum tipo de contribuição e ainda devem fornecer vestuário adequado e alimentação suficiente, de acordo com o Artigo 50. Também neste artigo fica definido que as instituições devem manter um arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, parentes, endereços, cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições, e suas alterações, se houver, e demais dados que possibilitem sua identificação e a individualização do atendimento (BRASIL, 2003).

mostra o gráfico 16. Esta contribuição varia de 95,7% nas instituições privadas com fins lucrativos a 24,7% nas públicas, que, pelo Estatuto, não poderiam receber.

A segunda receita mais elevada é oriunda do financiamento público (federal, estadual ou municipal), que está em torno de 20%. Como esperado, a maior proporção de financiamento é encontrada nas instituições públicas, alcança 70,0%. Nas filantrópicas, ela é de 21,8% e nas privadas de 0,8%. As instituições, em geral, contam também com recursos próprios, que compõem 12,6% do total do financiamento e é mais elevada nas filantrópicas.

Como se pode observar, a contribuição explícita do financiamento público não é muito expressiva. Pelo que foi visto antes, as instituições vivem, principalmente, do recurso aportado pelos residentes. Já se constatou em vários trabalhos que a renda do idoso origina-se basicamente do benefício social. Ou seja, há que se considerar que esta é, também, uma maneira indireta de o Estado financiar as instituições. Além disso, outras formas de contribuição do setor público aparecem, na modalidade de parcerias, o que é feito também com o setor privado. Neste caso, cita-se o Sistema S, associações religiosas e universidades. No caso do setor público, ela se expressa, entre outras modalidades, pelo fornecimento de medicamentos e serviços médicos. Já com as universidades sob a forma de estágio supervisionado. A tabela 6 ilustra as formas de parcerias e convênios por tipo e órgão segundo a natureza jurídica das instituições para a região Sudeste. Neste caso, as filantrópicas foram divididas em religiosas e leigas.

Aproximadamente 60% das instituições da região Sudeste declararam ter algum tipo de parceria. Esta proporção foi de aproximadamente 80% para as públicas e filantrópicas e de 16,7% para as privadas com fins lucrativos. O principal parceiro das instituições é o Estado, nas suas três esferas, mas com destaque para as prefeituras.¹¹ Repasse financeiro foi a forma de apoio declarada mais expressiva, especialmente pelas instituições filantrópicas não religiosas. A segunda forma foi o fornecimento de medicamentos, que beneficiou mais as instituições públicas. Parcerias para oferta de serviços médicos são também importantes para essas instituições.

11. Na maioria das vezes, as prefeituras agem como repassadoras de recursos do governo federal.

TABELA 6

Sudeste: proporção de ILPIs que declararam ter parceria e/ou convênio por tipo e órgão segundo a natureza jurídica – 2009

Tipo	Pública + mista	Privada filantrópica religiosa	Privada filantró- pica não religiosa	Privada	Total
Tem parceria/convênio	78,5	75,2	77,5	16,7	59,7
Parceiros/conveniados					
Prefeitura (secretarias municipais)	70,8	66,2	68,5	4,6	49,8
Governo do estado (secretarias estaduais)	23,1	25,8	31,4	0,6	20,2
Governo federal	21,5	24,0	27,7	0,7	18,5
Hospitais particulares	3,1	2,0	2,8	1,8	2,2
Farmácias	1,5	6,3	6,5	5,0	5,8
Universidades e/ou faculdades	10,8	13,0	11,3	3,5	9,8
Escolas públicas e/ou particulares	3,1	4,0	5,7	2,0	3,9
Empresas e/ou comércio em geral	3,1	8,7	8,9	2,0	6,7
SESC/SENAC/Sesi/Senai	0,0	3,8	4,1	0,7	2,9
Associações religiosas	10,8	14,3	8,1	2,0	9,0
Outras associações (tipo Rotary, Lions Club, Maçonaria etc.)	7,7	8,1	11,8	0,9	7,1
Outros	13,8	7,4	10,3	5,9	8,0
Tipo parceria/convênio					
Repasses financeiros	40,0	56,4	60,7	2,0	41,9
Isenção de taxas	20,0	27,3	27,7	0,7	19,8
Serviços médicos	44,6	31,0	31,7	4,4	24,3
Serviços dentários	23,1	21,6	22,1	1,3	16,1
Serviços de fisioterapia	35,4	24,0	24,5	2,2	18,5
Serviços de terapia ocupacional	9,2	7,8	6,6	1,8	5,9
Serviços psicológicos	21,5	12,8	10,5	1,3	9,2
Serviços de fonoaudiologia	7,7	6,4	6,1	1,3	5,0
Fornecimento de medicamentos	44,6	37,3	35,8	4,6	28,0
Atividades educacionais	6,2	6,8	7,6	0,7	5,3
Atividades de lazer, de esporte e/ou culturais	15,4	12,5	12,0	4,0	10,1
Cursos diversos	9,2	6,2	5,4	1,1	4,6
Outros	21,5	14,1	13,3	7,7	12,4
Total de ILPIs	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

Foi possível investigar quantas instituições recebem financiamento público para a totalidade das instituições brasileiras. A tabela 7 apresenta as proporções de instituições que o fazem por regime jurídico segundo as regiões brasileiras. Como esperado, a maior proporção das instituições que recebem financiamento são públicas e, principalmente, as localizadas nas regiões Nordeste e Sudeste. Pouco mais de metade das instituições filantrópicas recebe financiamento público. A maioria delas encontra-se na região Sudeste.

TABELA 7

Brasil: proporção de ILPIs que declararam receber financiamento público por regime jurídico segundo a região – 2006-2010

Tipo	Pública + mista	Filantrópica	Privada	Total
Norte	64,7	38,7	0,0	46,9
Nordeste	72,2	44,9	0,0	40,9
Sudeste	72,3	57,8	0,8	41,3
Sul	58,7	51,7	2,2	31,8
Centro-Oeste	68,1	42,7	8,3	48,4
Total	67,4	53,9	1,3	40,0

Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo buscou-se apresentar algumas características das ILPIs brasileiras, bem como a de seus residentes, a partir dos dados da pesquisa “Condições de Funcionamento e de Infraestrutura das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil”, realizada pelo Ipea entre 2007 e 2009.

A pesquisa identificou 3.548 instituições, sendo a maior parte delas filantrópica, refletindo a sua origem. As privadas constituem aproximadamente um quarto do total. Embora atualmente elas cresçam em menor proporção, o aumento do número de instituições observado nas últimas décadas se deve particularmente ao crescimento das instituições privadas. Poucas são as instituições públicas ou mistas, 6,6% do total. As instituições brasileiras são pequenas; 38,0% abrigam menos de 20 residentes. Apenas 15,1% contam com 50 ou mais.

As instituições brasileiras não constituem residência apenas para idosos, ainda que legalmente devam ser. Nelas foram encontradas 100.251 pessoas, sendo 12% não idosos. Em segundo lugar, à exceção das regiões Norte e Centro-Oeste, elas são um espaço predominantemente de mulheres, o que se acentua à medida que a

idade aumenta. No conjunto de residentes, 57,6% são mulheres. Por outro lado, os homens predominam nas instituições públicas e as mulheres nas privadas.

Os residentes constituem apenas 1% da população idosa brasileira, o que caracteriza essa modalidade de atendimento como de relativa baixa cobertura. Além disto, inferiu-se que as instituições estão operando na sua total capacidade, o que tem levado a que os hospitais públicos estejam se constituindo em espaços de abrigo.

A condição de autonomia dos residentes é diversa, são tanto independentes quanto dependentes, mas esta composição varia segundo a natureza jurídica das instituições. No conjunto delas, aproximadamente 35% dos residentes são independentes. Nas públicas, predominam residentes independentes bem como nas filantrópicas. O contrário ocorre, no entanto, entre as privadas. A proporção de residentes independentes é bem inferior, 24,5%. Aí prevalecem os residentes dependentes, sendo, também, elevada a proporção de semidependentes.

O perfil diferenciado dos residentes, de acordo com a natureza jurídica, parece refletir os motivos que levam à busca de moradia em uma instituição, bem como os serviços ofertados. De modo geral, é bastante elevada a proporção das instituições que relatam oferecer serviço médico e de fisioterapia. Isso ocorre em todos os tipos de instituições. Somando-se aos demais serviços de saúde, pode-se dizer que o viés de saúde prevalece entre as instituições brasileiras. Isso é ainda mais marcante entre as privadas, nas quais essa proporção é de 86,3%. Por outro lado, entre as públicas, que apresentam elevada proporção de residentes independentes, é maior a proporção de atividades que geram renda, de lazer e/ou cursos diversos; 80% delas ofertam tais atividades. No entanto, essas atividades são mais voltadas para o público feminino e 55,8% dos residentes nas instituições públicas são homens.

A partir desse panorama, pergunta-se como se pode definir uma instituição de longa permanência brasileira e qual o seu papel? Pelo que se viu, parece que se pode falar que as instituições cumprem dois papéis. Fornecem abrigo para idosos pobres, o que deve estar associado à sua origem e cuidados para idosos frágeis. Mas isto não caracteriza exatamente dois tipos de instituições, muito embora o perfil dos residentes varie segundo a natureza jurídica. São poucas as instituições que só contam com idosos independentes ou dependentes. Não há um consenso entre os especialistas quanto a se a instituição deveria aceitar apenas um tipo de instituição

Para Groisman (1999), as instituições de residência para idosos cumprem duas funções:

Uma manifesta, de abrigar e cuidar de pessoas desamparadas ou que estejam impossibilitadas de estar junto às famílias e comunidade; e outra, latente, de servir como lócus socialmente aprovado de segregação de seres humanos cuja produtividade econômica e representação social foram esgotadas pelo sistema social.

Em outras palavras, são instituições que abrigam e/ou retiram pessoas da sociedade.¹²

No entanto, o aumento da sobrevivência de pessoas com reduzida capacidade física, cognitiva e mental tem levado a que os asilos extrapolem sua função de custódia e se transformem em residências coletivas para idosos de qualquer nível de renda. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia tem requerido que os asilos deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e também integrem a rede de assistência à saúde.

Sumarizando, de uma maneira geral pode-se dizer que as ILPIs são residências coletivas para idosos, administradas por um não idoso. Além da moradia, oferecem algum tipo de cuidado.

REFERÊNCIAS

ANVISA. *Resolução da Diretoria Colegiada 283*, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: <www.portalsaude.gov.br>

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1.131-1.141.

BRASIL. *Lei 10.741*, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>

CAMARANO, A. A. (Org.). *Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005. v. 1. 144 p.

_____. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. In: NERI, A. *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, SESC, 2007a, p. 169-190.

_____. *Características das instituições de longa permanência para idosos – região Norte*. Brasília: Ipea, Presidência da República, 2007b.

_____. *Características das instituições de longa permanência para idosos – região Nordeste*. Brasília: Ipea, Presidência da República, 2008a.

_____. *Características das instituições de longa permanência para idosos – região Centro-Oeste*. Brasília: Ipea, Presidência da República, 2008b.

12. O capítulo de Camarano e Scharfstein neste livro discute esta questão.

_____. *Características das instituições de longa permanência para idosos – região Sul*. Brasília: Ipea, Presidência da República, 2008c.

_____. *Características das instituições de longa permanência para idosos – região Sudeste*. Brasília: Ipea, Presidência da República, 2010.

COSTA, E. F. de A. *Análise de soroprevalência para as infecções pelos vírus das hepatites B e C em idosos residentes em asilos no município de Goiânia-GO*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás (UFG)/Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Goiás, 2004. 122p.

CREUTZBERG, M. Long-term care institutions for elders and the health system. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 15, n. 6, p. 1.144-1.149, nov./dez. 2007.

DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/FAPESP, 1999.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007. p. 312. [1961].

GROISMAN, D. Asilos de velhos: passado e presente. *Estudos interdisciplinares e envelhecimento*, Porto Alegre, v. 2, p. 67-87, 1999.

NOVAES, R. H. L. *Os asilos de idosos no Estado do Rio de Janeiro – repercussões da (não) integralidade no cuidado e na atenção à saúde dos idosos*. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)/Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2003.

POLLO, S. H. L.; ASSIS, M. de. Instituições de longa permanência para idosos – ILPIs: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2008.

A FISCALIZAÇÃO DAS ILPIs: O PAPEL DOS CONSELHOS, DO MINISTÉRIO PÚBLICO E DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA*

Karla Cristina Giacomini

Eduardo Camargos Couto

Para ser considerado cidadão ou cidadã, a pessoa precisa ter asseguradas, pelo Estado e pela sociedade, as condições de vida digna na sua história e na sua trajetória. A pessoa torna-se credora do Estado de Direito para viver e conviver com liberdade, igualdade, justiça e equidade democraticamente estabelecidas.

Vicente de Paula Faleiros

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a permanência da pessoa idosa em seu domicílio é uma prerrogativa assegurada na Constituição Federal (CF) de 1988, Artigo 230, porém isso pressupõe uma estrutura de cuidados e equipamentos previstos em lei, que inexistem para a maioria dos idosos frágeis brasileiros: as modalidades intermediárias de abrigamento e/ou de cuidado, que poderiam adiar ou evitar uma possível institucionalização. Na prática, portanto, cabe a cada família brasileira (ou pessoa idosa) se organizar para cuidar de si conforme os seus recursos (ou a falta deles). Diante disso, a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) pode ser a única saída para a pessoa que necessita de cuidados e não tem família ou cuja condição de saúde ultrapasse as possibilidades de cuidado da sua rede sociofamiliar. Apesar dessa relevância, o cuidado institucional ainda deixa muito a desejar (BORN; BOECHAT, 2006; CAMARANO, 2006; DIOGO, 2006; RODRIGUES; RAUTH, 2002).

* Agradecimentos especiais: este trabalho não seria possível sem a participação do grupo de fiscais sanitários responsáveis por ILPIs em Belo Horizonte, a quem cumprimentamos na pessoa da sua coordenadora, Selene Guimarães Pequeno Moura, fisioterapeuta e fiscal sanitária. E ainda de Josianne K. Pereira, fisioterapeuta, mestre em ciências, pela leitura paciente e pelas críticas e sugestões até a elaboração do texto final.

O objetivo do presente capítulo é analisar a fiscalização das ILPIs pelos conselhos competentes, pelo Ministério Público (MP) e pelas vigilâncias sanitárias (Visas). Por um viés de formação e de vínculo dos autores com a saúde pública, neste capítulo será enfatizada a realidade das ILPIs de caráter filantrópico ou sem fins lucrativos. Além desta introdução, o capítulo inclui as seções: A ILPI e a insuficiência crônica de cuidados; A experiência brasileira; O papel dos órgãos reguladores; Um longo caminho a percorrer – propostas; e os anexos A e B.

2 A ILPI E A INSUFICIÊNCIA CRÔNICA DE CUIDADOS

A institucionalização é uma questão mundial e intimamente relacionada ao envelhecimento populacional. Sua necessidade cresce com o aumento da fragilidade e da idade e varia conforme os contextos familiares, culturais e econômicos (BATISTA *et al.*, 2008). Na literatura, são as seguintes as razões apontadas para a ineficiência do cuidado institucional: a supervisão insuficiente das equipes de cuidado; a escassez e a falta de qualificação profissional das equipes; a baixa autoestima e a desmotivação dos funcionários; a baixa remuneração e as técnicas ineficazes de premiação/punição para garantir o melhor desempenho dos profissionais (BREEN; MATUSITZ; WAN, 2009). Além disso, na maioria dos casos, as equipes estão desfalcadas, as pessoas tomam decisões que ultrapassam seu conhecimento e formação e, frequentemente, desconhecem os problemas dos residentes, o que contribui para o cuidado redundante, irrelevante ou problemático (LEVENSON, 2008, 2009a, 2009b, 2010). As dez deficiências mais importantes acontecem em atividades e atitudes do cotidiano das ILPIs (BREEN; MATUSITZ; WAN, 2009) (ver quadro 1).

QUADRO 1

Principais atividades realizadas com deficiências pelas equipes de cuidado das ILPIs

● Higiene alimentar	● Cuidado em geral
● Limpeza do ambiente	● Prevenção de acidentes
● úlceras de pressão	● Protocolos profissionais
● Acidentes	● Planos de cuidado
● Controle de infecções	● Respeito à dignidade da pessoa

Fonte: Adaptado de BREEN; MATUSITZ; WAN, 2009.

O cuidado institucional desejável deve ser ao mesmo tempo global e individualizado, pois a pessoa idosa costuma apresentar modificações próprias do envelhecimento e ainda outras condições de ordem clínica, funcional e/ou psicossocial. Porém, ter mais pessoas trabalhando em uma ILPI também não é a solução: há grandes evidências de que os idosos que recebem mais cuidados podem receber também mais tratamentos desnecessários ou ficarem expostos a mais complicações (LEVENSON, 2009a).

Sabe-se que para melhorar o cuidado nas ILPIs é fundamental *cuidar de quem cuida*, com a educação permanente, o incentivo ao trabalho mais comprometido e o estímulo ao vínculo e à redução das deficiências nas equipes. Os coordenadores deveriam ser capazes de reconhecer o esforço das pessoas, de elogiar e de oferecer melhores condições de trabalho (que para cada tipo de cuidado requerido houvesse o recurso correspondente) (BREEN; MATUSITZ; WAN, 2009). Os órgãos reguladores espera-se que sua supervisão promova – ou pelo menos não iniba – todos os aspectos do processo de cuidado (LEVENSON, 2009b). Na ILPI, “fazer a coisa certa da maneira certa” significa estar de acordo com as medidas de regulação (mas não focado exclusivamente nelas), ser cuidado por indivíduos qualificados conhecedores de seus papéis e limites e estar apoiado em um efetivo processo de gestão (LEVENSON, 2010).

3 A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

No Brasil, as ILPIs não são resultado de uma política pública e sim a marca registrada da sua ausência, guardando uma relação profunda com a filantropia e a religião. Destacam-se as Sociedades São Vicente de Paula que sempre assistiram idosos carentes em lares subsidiados e cujos asilos atendiam aqueles sem família e/ou sem renda. A outra entidade que apoiava alguns asilos era a Legião Brasileira de Assistência (LBA), fundada em 1943 (FALEIROS, 2007).

No entanto, historicamente, todos os processos de cuidado em uma ILPI – da admissão ao término – sempre aconteceram completamente à revelia de qualquer olhar regulador. Não havia interesse em fiscalizar de forma sistemática esse cuidado por parte do poder público ou do gestor da ILPI – os quais poderiam ser chamados à responsabilidade –, e tampouco das famílias – pelo receio de ter o idoso de volta. Esse pacto de descuido se confirma pela inexistência de respostas a perguntas cruciais:

- 1) Se a institucionalização não deve ser a primeira opção, onde estão as outras opções previstas na lei – CF de 1988; Estatuto do Idoso; Política Nacional do Idoso (PNI); Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI); Sistema Único de Assistência Social (Suas)? A quem cabe regular a admissão nas ILPIs? Quem investiga os óbitos que acontecem ali? Quais são os indicadores que de fato medem a efetividade deste cuidado? De que serve notificar surtos de diarreia se a fiscalização é anual?
- 2) O que fazer diante da impossibilidade da família em oferecer alimentação, higiene, medicamentos e presença adequados: institucionalizar? Onde? Hospitalizar? Por quê?

- 3) Como assegurar o cuidado e a participação da saúde pública no universo das ILPIs brasileiras? Quais sanções e penalidades podem ser aplicadas aos gestores de saúde que negligenciam o cuidado com idosos nas ILPIs?
- 4) Como agir quando uma ILPI, movida pela caridade, cede ao apelo das famílias e se compromete a cuidar de um contingente maior de idosos ou de idosos mais frágeis do que poderia? Quem cuidaria em seu lugar? A quem compete cuidar de uma pessoa institucionalizada que vivencia a fragilidade e/ou a insuficiência familiar, mas ainda não atingiu a idade regulamentar para ser considerada idosa? Como abordar a transferência para as ILPIs de pessoas com sofrimento mental cujas famílias não se dispõem a cuidar?
- 5) O que fazer perante a violência que acontece silenciosa e intramuros, na ILPI, e se revela extramuros na negligência da sociedade para com a realidade dessa instituição marginal, excluída e excludente?
- 6) Como superar a falta de preparo dos próprios agentes dos órgãos oficiais de fiscalização quanto às especificidades que são próprias da velhice, do indivíduo idoso e da vida institucional?
- 7) Quem é responsável pelo destino dos idosos quando é necessária a interdição definitiva ou temporária da instituição? Como promover a intersetorialidade e a interdisciplinaridade no cuidado ao idoso para que seja integral e de qualidade?
- 8) Quando há conflito entre normas expedidas pelos diferentes entes federados qual delas deve ser cumprida? E quando as normas são inadequadas à realidade local, como sanar este problema? As interpretações da lei pela Visa, pelos conselhos e/ou pelo MP diferem: qual visão deve prevalecer?
- 9) Como devem agir e interagir os órgãos reguladores: em uma ótica promocional e cooperativa ou policialesca e punitiva? Ou ainda, na prática, quem define onde começa e onde termina o papel do Estado, da família e da ILPI na partilha de responsabilidades do cuidado ao idoso?

4 O PAPEL DOS ÓRGÃOS REGULADORES

Os direitos da pessoa idosa estão presentes na CF de 1988, nos capítulos da assistência, da família, do trabalho e da previdência, em áreas dos direitos decorrentes da solidariedade ou reciprocidade, da cobertura de necessidades (não contributivos) e da contribuição e do trabalho. No Estatuto do Idoso as “entidades de atendimento ao idoso” que desenvolvem programas de institucionalização de longa permanência

(Artigo 49), estão citadas na Política de Atendimento ao Idoso (Artigos 48 a 51), e “as entidades de longa permanência”, no capítulo da Assistência Social (Artigo 35) e no da Habitação (Artigo 37). Tais entidades deverão *proporcionar cuidados à saúde, conforme a necessidade do idoso* e que a garantia de efetividade do cumprimento destas normas ocorrerá por meio da sua fiscalização, a cargo dos Conselhos dos Idosos, do MP e da Visa (Artigo 52). O descumprimento da norma poderá gerar diversas penalidades, administrativas ou judiciais (Artigos 55 a 68), com responsabilização civil e criminal previstas para o caso (Artigos 64 e seguintes).

4.1 Os conselhos

Ao tratar as formas de exercer o poder e a democracia, a CF de 1988 introduz a participação cidadã como uma forma de controlar a ação dos governos. Os conselhos possibilitam essa participação popular efetiva e foram a grande novidade das políticas públicas dos últimos tempos (BORGES, 2009; GOHN, 2001; DALLARI, 2003). Maués (1998) argumenta:

(...) Portanto, as formas pelas quais o povo pode controlar o governo, seu grau e qualidade, tornam-se os aspectos centrais no exame do caráter democrático de um regime político (...). A partir disso, poderíamos estabelecer uma escala da participação, em que o grau máximo estaria na tomada de decisões políticas pelo povo, e o grau mínimo, na eleição periódica de representantes como a única decisão tomada pelo povo.

Porém, no caso brasileiro, Elias (s.d.) salienta:

O Brasil não conta com a tradição de participação da sociedade, (...) dos segmentos populares, trabalhando para o Estado, ou substituindo o Estado, no sentido de prestarem serviços voluntários. Os movimentos sociais no Brasil caracterizam-se por serem reivindicativos junto ao Estado, demandando serviços ou acessos a bens de consumo coletivos. (...) Mesmo nos casos em que a participação nessas instâncias colegiadas tem o caráter deliberativo, há resistência por parte dos representantes dos movimentos populares em assumir a co-responsabilidade junto com o poder público: esta continua sendo uma tarefa do “governo”, no geral personalizado no prefeito, no secretário de saúde, no diretor ou chefe do serviço (...).

O Conselho Municipal de Idosos (CMI) da mesma maneira que o Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) ou de Saúde deve ser entendido como um meio para viabilizar a democracia direta. De caráter interinstitucional, ele atua como mediador da relação sociedade/Estado via expressão, representação e participação populares.

Na defesa dos direitos dos idosos, os Conselhos Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais de Idosos são órgãos permanentes, deliberativos e paritários, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades governamentais e de

organizações representativas da sociedade civil ligadas à questão do idoso. Têm por competência elaborar as diretrizes, instrumentos, normas e prioridades da PNI, bem como controlar e fiscalizar as ações de execução; zelar pela aplicação da política nacional de atendimento ao idoso.

O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) foi criado em 2002 (Decreto nº 4.227), suas deliberações são aprovadas mediante resoluções e têm poder vinculante, de cumprimento obrigatório. Este caráter está assegurado pelo Decreto nº 5.109/2004 (FALEIROS, 2007), mas falta ao CNDI exercê-lo e agir de forma mais proativa em favor do idoso.

Há conselhos estaduais e municipais de idosos em todos os estados brasileiros. Usualmente, funcionam por meio de plenárias, reuniões e comissões.

Até o presente, aconteceram apenas duas conferências municipais, estaduais, distritais e nacionais dos direitos da pessoa idosa, sem respeito às suas deliberações. Confirma essa análise a indefinição de estratégias em prol de objetivos comuns e da implementação das deliberações dessas conferências pelos conselhos municipais, estaduais, distritais e nacionais de idosos. Além disso, talvez colabore para a fragilidade dos Conselhos de Idosos:

- 1) O seu vínculo operacional e a sua presidência por gestores da política pública que eles devem fiscalizar, o que impede sua autonomia plena em relação aos poderes, notadamente o Executivo local.
- 2) A atuação desarticulada interna e externamente, ainda que o assunto seja de seu total interesse. Por exemplo, não interagem com outros conselhos gestores (habitação, assistência social, saúde, direitos das pessoas com deficiências etc.) para incluir as demandas do envelhecimento populacional nas pautas e agendas políticas dos gestores.
- 3) A timidez na reivindicação de seus direitos e na participação da sociedade civil e dos idosos: os idosos de hoje ainda trazem a marca do silêncio imposto pela ditadura e desconhecem a força do movimento popular.
- 4) O desconhecimento pela maioria da população do papel e da existência dos conselhos, a falta de tradição participativa da sociedade civil na gestão dos negócios públicos e a ação de oportunistas que veem os conselhos apenas como ferramentas para operacionalizar objetivos particulares. Todas essas condições limitantes tornam os conselhos apenas legitimadores dos órgãos públicos que buscam sua chancela somente naquilo que lhes interessa (GOHN, 2001).

Obviamente, o processo de fortalecimento e emancipação dos conselhos de idosos está apenas no princípio. Há muito por fazer:

- criar conselhos de idosos onde ainda não existam (disponível em: <http://www.ampid.org.br/Docs_ID/Criacao_Consehos_CNDI.php>), com a autonomia financeira e a infraestrutura administrativa (recursos humanos e físicos) necessárias para seu ótimo funcionamento;
- mobilizar entidades e movimentos de trabalhadores, de idosos, de aposentados e pensionistas, para participar de todos os espaços e exigir o respeito aos direitos dos idosos;
- não se submeter à ineficiência da administração pública nem ao cansativo discurso da falta de orçamento ou de verbas para idosos;
- gestar lideranças ligadas às comunidades científicas que tratam da formação gerontológica, aos movimentos de luta pró-idosos e ao MP.

4.1.1 Os instrumentos dos conselhos na defesa de direitos dos idosos institucionalizados

O CMI ou CMAS (onde não houver o de idosos) são os responsáveis pela fiscalização de ILPIs (Artigos 52 e 53 do Estatuto do Idoso). Os conselhos da assistência social antecederam os de idosos e têm a tradição de regular o repasse de verbas às ILPIs conveniadas, realizando o cadastro, a verificação de documentos e visitas no local.

Os conselhos de idosos também realizam o cadastro das entidades a partir da exigência de documentos, como a ata de eleição da diretoria; o estatuto (se associação); a escritura (se fundação); o contrato social (no caso de empresa privada); o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); os alvarás de funcionamento e sanitário; o atestado de antecedentes criminais de todos os dirigentes, o plano de trabalho para o ano seguinte e o relatório de atividades do ano que encerra, além do modelo de contrato da prestação de serviços.

O Conselho do Idoso, diferentemente dos conselhos de defesa dos direitos da criança e do adolescente, não conta com o apoio de um conselho tutelar. O Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente é uma autoridade pública investida de *poder de mando*, isto é, o que o conselho tutelar requisita deve ser entendido como uma ordem. Quando alguém descumpre injustificadamente esta ordem legal, isso caracteriza uma infração penal, passível de sanção na esfera administrativa. Se a entidade ou pessoa não concordar com tal requisição (leia-se ordem) do conselho tutelar, ela pode pedir a sua revisão à autoridade judiciária (Artigo 137 da Lei nº 8.069/1990), pois somente o juiz pode anular tal requisição.

Alguns CMIs são mais proativos e atuam por meio de resoluções e comissões de fiscalização específica¹ nas ILPIs, como é o caso de Campinas (SP), por exemplo. Mas são raros. Se o Conselho do Idoso identifica alguma irregularidade ou violência, ele não dispõe desse poder de mando para retirar os idosos nem para requisitar ações junto à entidade ou responsável. Cabe a ele comunicar e cobrar a correção da situação junto ao gestor público e, se ainda assim a situação persistir, acionar os outros órgãos de defesa pertinentes – MP, Visa, defensoria pública (DP) ou delegacia de polícia (ou de idosos).

Explica-se: diferentemente das crianças, os idosos não são sujeitos de tutela (exceto em caso de incapacidade civil). Além disso, não cabe ao conselho exercer em duplicidade as competências dos demais órgãos de defesa. Registre-se, todavia, a necessidade de definição de fluxos, prazos e condutas na relação entre os órgãos reguladores para assegurar maior agilidade no encaminhamento das demandas.

4.2 O MP

4.2.1 O papel e a atuação do MP segundo a CF de 1988 e o Estatuto do Idoso

O MP funciona simultaneamente como um “defensor da sociedade” e um “fiscal da lei”, fortalecendo os mecanismos de controle social no país (PEREIRA, 2003). Ele pode e deve atuar nas três searas: cível, criminal e política, obrigatoriamente na defesa dos direitos e interesses da lei.

A CF de 1988 também inova ao tratar o MP como órgão autônomo da administração pública e competente para “defender a ordem jurídica, o regime democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis” (Artigo 127). Sua função institucional é “zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia” (Artigo 129, II).

Novas leis e novas causas têm fortalecido o papel do MP. Esse foi o caso do Estatuto do Idoso, o qual, à semelhança do que um dia ocorreu com a defesa do meio ambiente, do consumidor, da pessoa com deficiência, da criança e do adolescente, instrumentaliza o MP para exercer a tutela jurídica das pessoas idosas (MAZZILLI, 2009) e a proteção dos direitos e interesses difusos ou coletivos, individuais indisponíveis e individuais homogêneos do idoso (Artigos 73 a 92). Para o público não ligado diretamente ao Direito:

- 1) O interesse é difuso quando os titulares do direito são todas as pessoas da coletividade que poderiam, podem ou poderão (inclusive gerações

1. Campinas, Lei Municipal nº 13.118, de 18 de outubro de 2007.

futuras) entrar em contato com o risco que ameace ou despreze os seus direitos. Ou o risco afeta todos ou não afeta ninguém; os sujeitos são indeterminados e indetermináveis. Como a contaminação da água de um rio, é indivisível porque toda a coletividade estará exposta a efeitos nocivos à saúde, ou, se evitado, toda a coletividade ficará livre do perigo; não é possível identificar individualmente aqueles que estão expostos. Não poluir a água é uma obrigação, expressa em lei ambiental, de saúde pública e no Código Penal.²

- 2) Os interesses coletivos em sentido estrito³ são interesses cujos titulares são determináveis, mas o interesse coletivo é diferente da soma de cada interesse individual dos envolvidos. Por exemplo, se houver uma cláusula abusiva no contrato entre a ILPI e os idosos residentes, cada um dos idosos, individualmente considerado, poderia entrar com uma ação própria para discutir a cláusula em juízo. Mas há o interesse coletivo dos idosos residentes naquela ILPI, que a lei considera indivisível. Assim, a decisão judicial ou beneficia todos os que se encontram na situação jurídica base ou não beneficia ninguém.
- 3) Interesses individuais indisponíveis são interesses que, embora digam respeito a um particular, referem-se a valores ou direitos cuja proteção interessa à coletividade como um todo. Não cabe escolha (indisponível). Por exemplo, por ser a vida e sua preservação um valor caro à sociedade, qualquer homicídio/tentativa será obrigatoriamente apurado pelo Estado e os responsáveis penalizados, independentemente do desejo da família ou da vítima em fazê-lo.
- 4) Interesses individuais homogêneos são interesses individuais, agrupados por origem comum, e que, por isso mesmo, podem ser objeto de tutela coletiva. Como exemplo, se determinado fornecedor divulga na mídia um produto farmacêutico que não contém o princípio ativo indicado e que pode causar danos ao consumidor, haverá interesse difuso (indivisível e entre pessoas não identificadas) de todos os consumidores potenciais expostos à propaganda, mas haverá interesse individual homogêneo daqueles que, tendo adquirido o produto, sofreram danos (GONÇALVES, 2006).

2. No interesse difuso há um *vínculo fático* comum entre as pessoas cujos direitos são desprezados. Não há uma relação jurídica comum entre os poluidores e os consumidores da água, e sim apenas o *fato* de estarem potencialmente expostos ao risco.

3. "Transindividuais de natureza indivisível de que seja titular grupo, categoria ou classe de pessoas *ligadas entre si ou com a parte contrária por uma relação jurídica base*" (como um contrato de prestação de serviços, por exemplo) (Artigo 81, parágrafo único, inciso II do Código do Consumidor).

4.2.2 A fiscalização das entidades pelo MP

A Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência (AMPID) sugere que, anualmente, o MP deva procurar fiscalizar as entidades de atendimento ao idoso (quadro 2).

QUADRO 2

Itens de fiscalização sistemática nas ILPIs pelo MP

- Documentação da entidade: CNPJ, certidão negativa dos dirigentes, alvará sanitário, alvará de localização, estatuto etc.
- Recebimento de verbas públicas
- Prestação de contas anuais publicadas
- Acessibilidade das suas dependências
- As condições do tratamento ofertado aos idosos
- Recursos humanos disponíveis (funcionários e voluntários)
- Inscrição junto ao CMI
- Respeito aos artigos 48, 49 e 50 do Estatuto do Idoso
- Celebração do contrato escrito de prestação de serviço
- Oferecimento de habitação digna, com higiene, salubridade e segurança
- Instauração de inquéritos civis (portaria)
- Visitas nas dependências dos abrigos, com preenchimento de um questionário-padrão
- Repasse de verbas
- Solicitação de vistoria da Visa (condições sanitárias) e do órgão público que integra a política da pessoa com deficiência (condições de acessibilidade)
- Termos de ajustamento de conduta com prazos
- Recomendações aos órgãos públicos

Fonte: Adaptação do material audiovisual apresentado pela promotora ladya Gama Maio, conselheira nacional do idoso, representante da Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência (AMPID) no CNDI (2008/2010).

4.2.3 Os instrumentos do MP na defesa de direitos dos idosos institucionalizados

São instrumentos do MP:

- 1) Ação civil pública (Lei nº 7.347/1985): visa proteger, dentre outros, os interesses difusos, coletivos, individuais indisponíveis ou homogêneos (CF de 1988 Artigo 129). O MP deverá estar presente como autor ou interveniente, em qualquer ação desse tipo quando o assunto versar sobre interesses difusos ou coletivos dos idosos.
- 2) Notificações recomendatórias: alertam o responsável pelo gerenciamento da atividade quanto à necessidade de adequação legal de sua conduta, ante a constatação da ofensa a princípios constitucionais ou a norma positiva

específica. Geralmente é estabelecido um prazo para adequação e, findo esse, caso a situação persista, opta-se pela via judicial.

- 3) Medida de proteção: permite ao MP dar agilidade aos casos que muitas vezes não podem esperar até a apreciação judicial (Artigo 45), podendo o representante do MP, ao verificar ameaças ou violações ao direito do idoso, determinar: o encaminhamento à família ou curador, mediante termo de responsabilidade; orientar, apoiar e acompanhar temporariamente; expedir requisições para tratamento de saúde; incluir em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a usuários dependentes de drogas – o próprio idoso ou a pessoa de sua convivência que lhe cause perturbação; abrigar em entidade de modo definitivo ou temporário; redigir recomendações, instaurar inquérito civil e Termo de Ajustamento de Condutas (TAC); fiscalizar as entidades de atendimento; e ainda instituir medidas administrativas (artigos 56 a 60 Estatuto do Idoso).
- 4) TAC: documento extrajudicial, em que estão colocados os termos acordados entre o MP e as partes, com previsão de multa revertida aos fundos de financiamento das políticas públicas, em caso de não cumprimento do termo.
- 5) Transações relativas a alimentos:⁴ um termo de compromisso assinado entre o MP e as partes, o qual passará a ter efeito de título executivo extrajudicial. Não tendo condições econômicas, o idoso ou seus familiares, de promover o seu sustento, será imposto ao poder público esse ônus, no âmbito da assistência social (Artigo 14 do Estatuto do Idoso).

Quando a entidade cometer infração que coloque em risco os direitos assegurados pelo Estatuto do Idoso, compete ao MP tomar as providências cabíveis (advertir, multar – no caso de entidade privada –, recomendar o afastamento provisório ou definitivo do dirigente da entidade), bem como promover, sem a necessidade de processo judicial, a *suspensão das atividades* ou *dissolução da entidade*, com a proibição de atendimento aos idosos a bem do interesse público.

Finalmente, conforme os dispositivos da Constituição, das leis federais, dos decretos e também de legislações estaduais e municipais, ao mesmo tempo em que vive uma transição demográfica e epidemiológica, o Brasil experimenta uma transição jurídica para o reconhecimento, no contexto democrático, dos direitos da pessoa idosa enquanto sujeito de direitos à cobertura das necessidades, à digni-

4. O benefício dos alimentos será prestado ao idoso, na forma dos Artigos 1.694 a 1.710 do Código Civil e do Artigo 1.120, V, do Código de Processo Civil.

dade, à velhice, à proteção e ao protagonismo (FALEIROS, 2007). No entanto, a estrutura administrativa do MP ainda é pequena para abraçar toda a necessidade dos idosos e, à semelhança dos conselhos, ele ainda atua muito isolado de outros órgãos que poderiam potencializar suas ações. Em todo o Brasil, o processo de atuação do MP em prol do idoso tem-se dado de forma crescente, verificando as irregularidades e estabelecendo acordos com metas, prazos e responsabilização dos envolvidos. Um exemplo: a partir de um TAC assinado entre o MP e a Prefeitura de Belo Horizonte foram realizadas importantes reformas na acessibilidade das ILPIs conveniadas e o incremento gradativo de recursos humanos – inclusive responsável técnico (RT), médico de referência, cuidadores de idosos, profissionais de enfermagem e outros – em todas as ILPIs que deles necessitavam.

4.3 A Visa

A Visa é uma das competências do Sistema Único de Saúde (SUS) (Lei nº 8.080/1990; Lei nº 9.782/1999), organizada em um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, presente em todas as esferas de governo, com atributos peculiares e intimamente relacionada à realidade dos cidadãos. Sua principal função é eliminar ou minimizar o risco sanitário, que, no caso da Visa, refere-se a um perigo de dano à saúde. A Visa confere as normas e padrões a serem cumpridos em todas as ações de interesse da saúde na produção, circulação e consumo de certos produtos, processos e serviços (LUCCHESI, 2006). Contudo, ela não dispõe de todo o conhecimento necessário para o enfrentamento de realidades cada vez mais complexas e de riscos sanitários ainda provenientes da desigualdade e da miséria, como o consumo de água não tratada e de alimentos sem qualidade e as práticas inadequadas de higiene, para citar alguns. Portanto, para cumprir o seu papel, deve relacionar-se com as pessoas com base na noção de cidadania, da equidade e da responsabilidade social do direito, não somente o do consumidor e o da eficiência econômica. A Visa serve ao cidadão que consome não apenas produtos, mas bens valorativos à vida: água, alimentos, medicação, habitação e o direito ético à saúde e ao cuidado (DALLARI, 2001; VECINA NETO; MARQUES; FIGUEIREDO, 2006).

Assim, ela deve funcionar como um espaço da intervenção do Estado com a propriedade; de exercício da cidadania e do controle social; de comunicação e de promoção da saúde; além do enorme espaço educativo, precariamente explorado, sobre o risco sanitário e os direitos da cidadania (LUCCHESI, 2006). A Visa tem poder de polícia e de interdição, temporária ou definitiva, do local vistoriado, porém raramente se utiliza dele como primeira estratégia.

4.3.1 A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) sobre ILPI

A Anvisa dirige o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e é uma autarquia com maior autonomia administrativa e celeridade nas decisões. Funciona como um instrumento de Estado e não de governo,⁵ atua frente às entidades privadas e públicas. Define os princípios gerais de atuação (políticas públicas), orientando, monitorando e limitando a ação tanto do Estado quanto da iniciativa privada, em prol do interesse da sociedade frente a um interesse particular que prejudique o da sociedade (poder de polícia). Pode complementar a norma superior, por meio de RDC (Lei nº 9.782/1999, Artigo 9º). Em 2005, no vazio deixado pela não atuação de Estados e municípios, a Anvisa publica a RDC/Anvisa nº 283 que trata do regulamento técnico que define normas de funcionamento para as ILPIs⁶ (BRASIL, 2005a) e categoriza os idosos institucionalizados conforme a ajuda no autocuidado em:

- Grau I: idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda;
- Grau II: idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária, tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; e
- Grau III: idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo.

A norma não obriga a ILPI a ter um profissional de saúde em sua equipe, mas se houver, a entidade deve exigir o seu registro no respectivo conselho de classe. Ela aborda diversos itens relativos ao funcionamento da ILPI e determina a necessidade de cuidadores e profissionais conforme o grau de dependência da pessoa idosa (quadro 3) e o tipo e o número de recursos humanos necessários às atividades (quadro 4).

É exigido um RT⁷ com formação de nível superior, não necessariamente na área da saúde, o qual responderá pela instituição junto à autoridade sanitária local.

5. O Estado é a "organização jurídica soberana que tem por fim o bem comum de um povo situado em determinado território" (DALLARI, 2003). Governo é a expressão política de comando, de iniciativa, de fixação de objetivos do Estado e de manutenção da ordem jurídica vigente (MEIRELLES, 1996).

6. Aqui definidas como "instituições governamentais e não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania".

7. Cabe ao RT: a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos idosos, conforme os regulamentos da Visa quanto a guarda e administração de medicamentos; o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no plano de atenção (inclusive o transporte e a comunicação à família ou ao representante legal).

A ILPI deve promover atividades de educação permanente dos profissionais na área de gerontologia. A cada dois anos, deve ser elaborado um Plano de Atenção Integral⁸ à Saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde, compatível com os princípios do SUS e prevendo a atenção integral à saúde do idoso, além das rotinas e procedimentos escritos; o transporte do idoso por um serviço de remoção; a avaliação anual pela ILPI sobre a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização.

QUADRO 3

Relação entre o grau de dependência dos idosos, a quantidade de cuidadores e a carga horária de trabalho segundo a RDC nº 283/2005 da Anvisa

Grau de dependência dos idosos	Proporção de cuidadores	Carga horária de trabalho
Grau de dependência I	1 cuidador/20 idosos, ou fração	8 horas/dia
Grau de dependência II	1 cuidador/10 idosos	Por turno
Grau de dependência III	1 cuidador/6 idosos	Por turno

Fonte: RDC nº 283/2005 da Anvisa.

QUADRO 4

Relação entre o tipo de atividade, os recursos humanos necessários e a carga horária de trabalho segundo a RDC nº 283/2005 da Anvisa

Tipo de atividade	Recursos humanos	Carga horária de trabalho
Serviços de limpeza	1 profissional/100m ² de área interna ou fração	Por turno/dia
Atividades de lazer	1 profissional com formação de nível superior/40 idosos	12 horas por semana
Serviço de alimentação	1 profissional/20 idosos	2 turnos de 8 horas
Serviço de lavanderia	1 profissional/30 idosos ou fração	Diariamente

Fonte: RDC nº 283/2005 da Anvisa.

Quanto à infraestrutura física, a ILPI deve atender aos requisitos previstos na RDC, além daqueles estabelecidos em códigos, leis ou normas pertinentes, tanto na esfera federal, estadual ou municipal, e das normas específicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). 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 Vigilância Sanitária e de indicadores locais (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 – queda com lesão ou tentativa de suicídio). No entanto ainda não houve divulgação dos resultados obtidos até aqui.

8. Nele estarão descritos os recursos de saúde disponíveis para cada residente, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário.

4.3.2 A evolução da fiscalização das ILPIs dentro de uma Visa municipal

No Brasil, as ILPIs podem ser de natureza pública, filantrópica ou privada, com ou sem fins lucrativos (CAMARANO, 2007, 2008a, 2008b). Todas estão sujeitas à fiscalização pelos órgãos reguladores com base nas leis e, certamente, a publicação da RDC nº 283/2005 serviu de estímulo para que muitas Visas municipais fiscalizassem as ILPIs.⁹ Porém, embora todos os entes federados pudessem legislar sobre as melhores práticas de cuidado em ILPI,¹⁰ somente um número ínfimo de municípios elaborou normas específicas. Vale citar a publicação da Portaria Municipal (PM) nº 052/2000 pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG, por iniciativa do CMI e de várias entidades que participaram da sua elaboração, por ter sido a primeira manifestação legal sobre ILPI e Visa. Esta norma padronizou as condições estruturais e físicas das ILPIs e considerou a capacidade funcional dos idosos (dependentes, semidependentes e independentes). Segue o relato desta experiência da Visa de Belo Horizonte.

Fiscalizar o cuidado institucional representou uma grande novidade para os fiscais sanitários, acostumados a inspecionar alimentos, produtos, validade e acondicionamento de embalagens etc. No entanto, a realidade das ILPIs mostrou-se muito mais complexa. Para enfrentar as resistências e facilitar a ação fiscal foram organizados: um grupo de fiscais específico para ILPI, a inspeção em dupla, a opção pelo processo educativo na maioria das atuações, o uso do poder de polícia sanitária, quando necessário, em uma periodicidade semestral da vistoria das entidades.

Todos os fiscais concordam que, nos últimos dez anos, desde a PM nº 052/2000, houve avanços que influíram não apenas na vida administrativa, mas também na qualidade do ambiente das ILPIs. Foram prevenidos e combatidos: surtos de escabiose (em sua maioria, resultantes de fluxo cruzado entre o sujo e o limpo nas lavanderias); situações de maus-tratos e negligência; infecções alimentares; quedas; entre outros. Os abrigos tornaram-se mais salubres e humanizados e hoje atendem a quase toda a legislação quanto aos aspectos físicos relacionados a segurança, acessibilidade, privacidade e higiene (atualmente apenas 5% das ILPIs ainda não cumpriram a garantia de acessibilidade). Após essa primeira fase dedicada à adequação física dos locais, o olhar do fiscal dirige-se a educar as equipes para tornar a ILPI mais acolhedora e cuidadosa. Por exemplo, para preservar a identidade dos residentes, a roupa de cada idoso passa a ser identificada e de uso exclusivo, e para facilitar a orientação dos residentes são providenciados calendários, relógios e locais para a colocação de objetos pessoais e afetivos. Busca, ainda, sensibilizar

9. Caso a Visa municipal não esteja estruturada, compete à Visa estadual substituí-la nesta função.

10. Ver anexo A sobre a distribuição das competências legislativas no Brasil.

os dirigentes para alocar recursos (financeiros e humanos) e encontrar parcerias permanentes no atendimento aos idosos.

Algumas importantes constatações:

- as ILPIs filantrópicas têm um caminho maior a percorrer para se adequar às exigências legais e que o ritmo das evoluções positivas é muito desigual e diretamente dependente do envolvimento do coordenador e da entidade mantenedora;
- a aplicação da lei acontece apenas se a fiscalização for permanente e mais frequente, por exemplo, a atualização dos prontuários médicos: exigida em uma vistoria, é realizada; porém, provavelmente seis meses depois os prontuários estarão novamente desatualizados, o que torna difícil para o fiscal avaliar se o idoso tem tido, de fato, os cuidados adequados; e
- a profissionalização da gestão e a garantia de equipe mínima de profissionais vinculada às instituições são condições fundamentais para o cuidado institucional.

O esforço de ambos, da equipe fiscal e do vistoriado, para realizar as adequações necessárias, é louvável. Porém, do lado da Visa também há dificuldades: o número insuficiente de fiscais para assegurar uma fiscalização mais próxima e permanente;¹¹ a falta de capacitação dos fiscais para atuação em gerontologia; a necessidade de padronização das medidas pelo grupo de fiscais para reduzir a subjetividade; a impossibilidade de fornecer o Alvará Sanitário no formato da lei atual (problema que será abordado ainda neste capítulo). Atualmente, já ocorre a procura de informações sobre as normas vigentes na Visa-BH por pessoas interessadas em abrir ILPI e em evitar transtornos futuros.

4.3.3 As múltiplas realidades encontradas na fiscalização das ILPIs pela Visa

Em uma pesquisa conduzida no Paraná (IPARDES, 2008), foram comparadas as condições das ILPIs daquele estado com o preconizado no Estatuto do Idoso e na RDC nº 283/2005 e os resultados revelaram diferenças entre o cuidado recomendado e a real capacidade de cumprimento da lei pelas instituições.

Em Belo Horizonte, e é possível que isso aconteça em outros locais, quando se analisa a fiscalização das ILPIs pela Visa, observam-se pelo menos três realidades distintas: a das instituições filantrópicas, a das ILPIs privadas da região mais rica da

11. A fiscalização das ILPIs não é a única atividade dos fiscais. Em Belo Horizonte, por exemplo, há cerca de 200 fiscais para vistoriar mais de 54 mil estabelecimentos de 320 naturezas diversas.

cidade e aquela das ILPIs privadas que atendem idosos na periferia. Nas primeiras, o financiamento é composto por doações, pelo repasse das verbas governamentais por meio de conveniamento ao Suas (*per capita*)¹² e ainda da renda da aposentadoria e/ou pensão ou benefício de prestação continuada (BPC) do idoso. No entanto, mesmo naquelas ligadas a uma única entidade mantenedora, há falhas estruturais que dificultam a prática do cuidado adequado e inexistem um padrão de serviços que as identifique. Por exemplo, as “vilas vicentinas”, cuja manutenção e cuidado são de responsabilidade dos idosos residentes, podem ser casas ou suítes individuais, construídas no mesmo lote, sem preocupação com acessibilidade ou segurança; pois, em tese, foram previstas para pessoas independentes. Há ainda um forte cunho religioso, baseado na compaixão e na caridade, pelo qual os idosos são acolhidos independentemente de a entidade ter ou não condições para cuidar. O padrão de cuidados obtido com a fiscalização sistemática é proporcional ao envolvimento e à capacidade de entendimento do responsável pela “obra”. A questão dos recursos humanos é a mais crítica: falta profissionalismo das equipes de cuidado, a capacidade administrativa é frágil e ainda contam com profissionais de saúde voluntários cuja inconstância compromete o cuidado. Também é difícil para os gestores dessas entidades a obtenção dos documentos mais complexos, como o Plano Geral de Resíduos Sólidos em Saúde (PGRSS) (destinação dada ao lixo contaminado), o Projeto Arquitetônico e o Projeto do Corpo de Bombeiros. Quando aconteceu o encerramento das atividades de ILPIs filantrópicas, ele se deu por decisão da própria entidade mantenedora ao reconhecer a sua impossibilidade de se adequar às normas. Dentre as razões citadas para o descumprimento das exigências legais por este grupo de ILPI, ressaltam-se: *i*) o irrisório valor do *per capita* pago pelo poder público municipal para a manutenção dos cuidados aos idosos; o que contribui para a carência financeira das ILPIs; *ii*) o despreparo e a resistência dos gestores diante das mudanças impostas pela lei; *iii*) a desarticulação entre as ILPIs, que não se mobilizam para buscar seus direitos; ou *iv*) a combinações das anteriores.

Nas ILPIs privadas que atendem idosos nas regiões de maior poder socioeconômico, a mensalidade é fixada conforme a clientela e os serviços ofertados (musicoterapia, oficina de memória, *Tai Chi Chuan*, piscinas com hidromassagem, salão de beleza etc.) e ainda podendo funcionar, simultaneamente, como ILPI e Casa-Dia. O perfil dos dirigentes costuma ser profissional, com formação gerontológica e com prática empresarial, fazendo do cuidado ao idoso uma empresa de prestação de serviços. Além disso, os proprietários de ILPIs privadas muitas vezes

12. Valor pago pelo poder público ao mês por idoso institucionalizado às ILPIs conveniadas que varia conforme o convênio (federal, estadual ou municipal) e o grau funcional do idoso.

preocupam-se em cuidar dos idosos de acordo com o nível de dependência, criando condições especiais para o cuidado ao idoso muito frágil, por meios próprios e/ou pela cobertura de planos privados de saúde. As próprias famílias atuam como verdadeiros “fiscais”, exigindo a boa prestação dos serviços pagos.

A outra face da moeda: enquanto isso, as ILPIs privadas que assistem a clientela mais pobre podem ser responsáveis por situações verdadeiramente criminosas, como a apropriação indébita dos recursos dos residentes (os coordenadores solicitam empréstimos com os cartões bancários dos idosos e utilizam integralmente a renda das aposentadorias/pensões ou BPC) até circunstâncias que configuram cárcere privado (o idoso é contido fisicamente, permanece trancado e sem livre acesso às dependências da ILPI ou ao contato com outras pessoas). As famílias também não participam da vida institucional, ficando os idosos literalmente abandonados. Alguns casos foram tão graves a ponto de justificar a interdição definitiva, pela Visa, por reiterada falta de envolvimento das coordenações com as mudanças de cuidado propostas. Infelizmente, os gestores das ILPIs com este perfil, após a interdição, insistem em funcionar em outro local, migrando para municípios ou bairros circunvizinhos. Chegou-se ao cúmulo de uma responsável retirar os idosos e demais moradores para local ignorado, após ter acordado com o fiscal um prazo para comunicar aos familiares o encerramento das atividades. Uma interdição imediata aconteceu em outra ILPI que registrou três óbitos em um período de quatro meses de funcionamento, não possuía registro formal da empresa; foi denunciada pela utilização de móveis e utensílios dos moradores na montagem das casas.¹³ Abrigava pessoas com diversos graus de dependência sem nenhum registro de atendimento por equipes de saúde e/ou de reabilitação. A alimentação era precaríssima: alimentos mal acondicionados, frutas e legumes apodrecidos; os idosos comiam em bacias plásticas, deitados ou sentados nas suas camas, em condições indignas e subumanas.

Portanto, na questão institucional, a desigualdade social do país mais uma vez se revela: é profundo o fosso que separa aqueles que podem pagar por equipamentos com melhores condições de cuidado, acessibilidade, higiene e equipe multiprofissional, da parcela mais pobre, cujas carências chegam a níveis tão básicos e intoleráveis que ferem a dignidade humana.

4.3.4 Os limites da lei

A publicação da RDC nº 283/2005 da Anvisa tem o mérito de ter servido como catalisador da fiscalização das ILPIs na rotina das Visas. Certamente há ILPIs

13. A ILPI ocupava duas casas lado a lado, sem qualquer condição de acessibilidade local e com risco iminente de acidentes.

que até superam as exigências previstas nesta resolução; todavia, fora do contexto das capitais e grandes cidades, fica difícil supor que esta norma esteja adequada à realidade da maioria dos mais de 5.560 municípios brasileiros. Algumas situações recorrentes à RDC não resolveram ou não consideraram:

- 1) A distribuição dos idosos por nível funcional não é exclusiva; isto é, se uma mesma ILPI cuidar de 20 idosos, sendo 10 no grau I, 6 no grau II e 4 no grau III, qual complexidade de cuidados o fiscal deve exigir da instituição: a da maioria ou a dos mais frágeis?
- 2) À noite, a presença de um único cuidador não assegura o cuidado necessário, pois se algo lhe acontecer ou enquanto ele cuida de um idoso, como ficam os demais? Por sua vez, os cuidados noturnos são menos frequentes e menos pesados que os diurnos: por que exigir igual número de cuidadores de dia e de noite? Tal exigência tem resultado em banhos no horário da troca de plantão, especialmente os considerados mais difíceis, o que significa obrigar idosos frágeis a tomar banho de madrugada, sem nenhum respeito à sua condição ou ao seu desejo.
- 3) A incompatibilidade formal entre a entidade alegada no alvará de localização (hotel, pousada) e a verificada pelo fiscal (ILPI), impossibilitando a aplicação da lei.

Há itens cuja aplicabilidade prática é questionável:

- 1) O *plano de cuidado* discutido com o gestor do SUS: embora as Equipes de Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) devam assistir e monitorar a saúde dos idosos residentes na sua área de abrangência, o SUS entende a ILPI como um domicílio coletivo e peculiar. O Programa de Saúde da Família (PSF), que já está sobrecarregado com as demandas da comunidade, jamais corresponderá às necessidades de cuidado da população residente em uma ILPI, na intensidade e tempo adequados. Portanto, este plano de cuidados é discutível, sendo altamente recomendável que a ILPI tenha uma *equipe de cuidado própria*.
- 2) *RT fictícios*: pessoas “assinam” pela ILPI, com ou sem remuneração por isso, mas não cumprem a carga horária nem as funções estabelecidas na norma e não é exigido vínculo do RT com o seu respectivo conselho profissional ou qualquer tipo de monitoramento ou corresponsabilidade deste órgão. Essa dificuldade é imputada à *falta de recursos* para custear a contratação e a permanência deste profissional na ILPI.

- 3) O projeto de *prevenção de incêndio* pelo Corpo de Bombeiros: só é aprovado quando todas as exigências são rigorosamente cumpridas. Porém, nem todas as cidades possuem Corpo de Bombeiros e a maioria das entidades funciona em casas originalmente não construídas para abrigar uma ILPI; portanto, como fazer?
- 4) A controversa questão do *lixo sanitário* (seringas, agulhas, curativos complexos etc.) gerado em uma ILPI e de seu transporte para descarte adequado. Há vasta literatura que atribui ao preconceito este receio exagerado em relação ao lixo infectante, pois muito do que a ABNT trata como PGRSS pode também ser encontrado no lixo doméstico (ZANON; NEVES, 2000). Portanto o lixo da ILPI, à exceção dos perfurocortantes, pode ser tratado como lixo doméstico, *dispensando-se a necessidade do PGRSS*.

Quanto ao *fornecimento de água e alimentos*, também pairam dúvidas: há ILPIs que ainda utilizam poços artesanais, por não serem servidas por fornecedores oficiais, mas quem assegura a potabilidade diária da água? Na utilização de equipamentos e embalagens para administração de dietas enterais, quantas vezes eles podem ser reutilizados? O que pode e o que não deve ser reciclado? Quando faltam alimentos na despensa e a ILPI aceita doações de alimentos sem valor comercial, como assegurar a qualidade deles?

Assim, nenhuma norma conterà todas as ocorrências observadas no cotidiano institucional. Por exemplo, é impraticável determinar na lei o número e o horário da troca de fraldas ou definir especificamente onde os idosos mais dependentes devam ficar em uma ILPI, embora não seja raro encontrá-los totalmente isolados do convívio com os outros. São situações que devem contar com o bom senso de quem aplica a lei. Fica evidente a necessidade de elaborar leis e regulamentos sobre a matéria das ILPIs com base na metodologia de construção de lei proposta pela *Legística*¹⁴ (COUTO; LAGES, 2007; SOARES, 2004), alinhados às diretrizes gerais desta RDC e de outras leis, bem como ao contexto local (anexo A). Cabe à lei estabelecer os itens que garantam a segurança sanitária mínima indispensável ao funcionamento da entidade, os quais serão categorizados conforme o risco que representam para o bem-estar e a saúde dos idosos. Os itens imprescindíveis – cujo cumprimento condiciona a instituição a receber o alvará sanitário – serão 100% exigidos; os necessários, os recomendáveis e os informativos, de menor risco, poderão ser progressivamente conquistados e saneados em um trabalho de parceria na busca de soluções pactuadas em saúde (COUTO; LAGES, 2007).

14. “A Legística é um saber jurídico composto por princípios, métodos e técnicas que visam melhorar a eficácia da legislação e a comunicação legislativa, por meio de instrumentos, tais como avaliação legislativa e técnicas para melhor compreensão e aplicação dos textos legislativos” (SOARES, 2004).

5 UM LONGO CAMINHO A PERCORRER: PROPOSTAS

Apenas 1% dos idosos brasileiros encontra-se em ILPI. Essa cifra de institucionalização tão baixa¹⁵ não é resultado do respeito ao Artigo 230 da CF de 1988 nem de uma vasta rede de cuidados ou de vínculos familiares explicados pela cultura latina. Ela revela, principalmente: a total falta de opções ou de apoio para o cuidado ao idoso frágil; o preconceito social que culpabiliza quem institucionaliza o parente e a crescente dependência familiar da renda do idoso e, portanto, de sua permanência no domicílio. Esse último dado já apontado por Camarano (2006) foi reafirmado em 2010, em uma pesquisa de mercado divulgada na mídia impressa e eletrônica (*SOMATÓRIO PESQUISA & INFORMAÇÕES*, 2010) que entrevistou 1.500 idosos em dez centros urbanos do Brasil: o idoso é responsável, em média, por cerca de 70% do orçamento familiar, sendo as proporções: na classe A, 55%; na B, 59%; na C, 72%; e na D, 88%. Nem assim o idoso é reconhecido como um cidadão de direitos. Como entender esse comportamento?

Começemos reconhecendo que a proteção social implica, ao mesmo tempo, direitos, sistema de garantias, rede de atores e compromisso (FALEIROS, 2007). A lei não reduz, *per se*, a desigualdade social real, visto que a lei também não é neutra; ela se inscreve num processo político de correlação de forças, de protagonismo dos sujeitos, de pressão, de exercício da palavra e de condições desiguais de impor a lei (FALEIROS, 2007). Assim, para uma política e um direito existirem, não basta estarem descritos na lei, eles precisam ser apropriados pelos cidadãos e construídos democraticamente.

O pacto constitucional que estabelece a proteção social se traduz na lei que garante direitos, mas só se efetiva no pacto de cuidados e serviços articulados, com *participação* (protagonismo) do sujeito, com recursos e pessoal, e com compromissos dos gestores do sistema. A sociedade só se torna menos injusta se houver efetividade do pacto na redução dessas desigualdades e iniquidades (FALEIROS, 2007).

5.1 A ILPI é apenas um dos elos da rede de cuidados ao idoso

No Brasil, a rede de cuidados ao idoso, especialmente ao idoso frágil, inclui o domicílio e as modalidades de assistência e de cuidado, previstas nas políticas sociais e de saúde, com diferentes níveis de complexidade e natureza (pública, privada, filantrópica). No entanto, a intersetorialidade e a responsabilidade do poder público são fragilíssimas e a rede, que deveria ter elos, apresenta enormes buracos.

O SUS (desde a introdução da Estratégia Saúde da Família) e o Suas (em seu processo mais recente de construção e de descentralização) estão sendo desafiados

15. A média de idosos institucionalizados nos países europeus é de 5%, chegando a 10% em países como a Holanda (BATISTA *et al.*, 2008).

a cuidar de idosos frágeis, com e sem família, vítimas de negligência e de abandono e que poderiam estar sendo apoiados por cuidadores de idosos. Entretanto, embora previstos há mais de uma década no Programa Nacional de Cuidadores de Idosos (Portaria Interministerial nº 5.153/1999) e no Plano Nacional de Assistência Social, de 2005, os cuidadores de idosos não têm a profissão reconhecida, não estão incorporados nem ao SUS nem ao Suas, em um jogo de empurra em que uma diz que o cuidador é da outra e vice-versa. Enquanto isso, a população brasileira envelhece e, principalmente no caso do idoso frágil e pobre, cuja falta de cidadania já o acompanha desde a infância, agora o alcança na perspectiva de uma velhice mais uma vez desamparada.

Se não há cuidadores formais disponíveis na rede pública e se a família é insuficiente, como fazer? Certamente, há uma rede de solidariedade que tem assegurado a sobrevivência dessas pessoas. Registre-se aqui a importância incomensurável do trabalho voluntário e anônimo de pessoas da comunidade e de todas as Organizações Não Governamentais (ONGs) no cuidado da parcela mais carente da população; especialmente as Sociedades São Vicente de Paula, responsáveis pela maioria das ILPIs filantrópicas no nosso meio.

No entanto, no caso dos idosos institucionalizados, a entrada da fiscalização abriu as portas para um universo de pessoas esquecidas, em um contato íntimo com o ser humano e o cuidado. Infelizmente, o ser humano é o único animal que pode ser desumano com o outro. O que se observa, apesar do trabalho educativo e valioso da fiscalização, é que ainda são verificadas situações inaceitáveis de negligência e de abandono, especialmente nas ILPIs privadas para idosos carentes e em algumas de cunho filantrópico. Qual a solução? *Fechar todas?*

Ora, 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 e demonstra a dificuldade da sociedade para lidar com a velhice dos mais frágeis e mais pobres. Porém, é urgente acabar com a tolerância cultural a este modelo ineficiente e indigno de cuidado, baseado apenas na caridade ou sem nenhuma responsabilidade ética. A nosso ver, o momento atual não é mais o de discutir o porquê da lei e sim o de não tolerar, sob nenhum argumento, o seu desrespeito por quem quer que seja – poder público e/ou entidade, rica ou pobre. O mesmo rigor deve ser aplicado a todas as ILPIs, posto que não é admissível oferecer/tolerar cuidados inferiores porque se trata de idosos pobres ou que dependem da assistência social.

Então, em resposta à pergunta acima, se se devem fechar todas as ILPIs, entendemos que *sim*, devem ser fechadas *todas* aquelas que não ofereçam os cuidados

mínimos, no padrão satisfatório, independentemente da sua natureza (pública, privada ou filantrópica). Reitere-se 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 interdidadas.

5.2 A base da questão: o desrespeito ao direito constitucional do idoso de ter assistência social de boa qualidade e gratuita

É um preceito constitucional que toda a sociedade financiará a seguridade social (assistência social, saúde pública e previdência social), exclusivamente por meio de contribuições sociais previstas no Artigo 195 da CF de 1988 ou outras que porventura a lei instituir.¹⁶ No entanto, a assistência social ainda não incorporou todo o conteúdo de seguridade social que lhe foi atribuído na CF de 1988 (SPOSATI, 2007). Esta política é de caráter não contributivo, isto é, todos os brasileiros terão direito a ela, mesmo os que não contribuem para a previdência social (CF de 1988). A CF de 1988 teve o cuidado em preservar a renda da aposentadoria e pensão ao proibir qualquer dedução de seus valores para financiar a seguridade social,¹⁷ pois o aposentado e o pensionista já contribuíram por toda a sua vida laboral para exatamente, na velhice, usufruir dos benefícios a que têm direito.¹⁸

Em 2004, é definido o Plano de Assistência Social que organiza, regula e norteia a execução da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), 2004, na perspectiva do Suas, cuja elaboração é de responsabilidade do órgão gestor da política, em cada esfera de governo, com aprovação no respectivo Conselho de Assistência Social. À semelhança do que acontece na saúde, a pactuação e a negociação entre prefeituras e governos estaduais sobre as necessidades, recursos e posicionamentos desta política é realizada na Comissão Intergestora Bipartite; enquanto as questões nacionais são tratadas na Comissão Intergestora Tripartite. São atores importantes: o Fórum Nacional de Secretários Estaduais da Assistência Social (FONSEAS) e o Conselho Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (CONGEMAS) (BRASIL, 2004).

16. CF de 1988, Artigo 195, § 4º – a lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no Art. 154, I.

17. CF de 1988, Artigo 195, inciso II – do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o Art. 201 (redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998).

18. Isso continua sendo verdade para a população-alvo da assistência social, considerando os baixos benefícios recebidos por ela da previdência social. Contudo o Supremo Tribunal Federal (STF), ao julgar procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 3.105, entende que aos idosos cujos proventos e pensões sejam maiores que o teto estabelecido no Artigo 5º da Emenda Complementar nº 41/2003, é cabível a incidência de contribuição previdenciária sobre a parcela que exceder este teto.

Para o Suas, 2004, a ILPI é um equipamento de alta complexidade. Em 2005, foram estabelecidos os pisos da proteção social básica e especial do Suas (BRASIL, 2005b), que consistem em valor básico de cofinanciamento federal, em complementaridade aos financiamentos estaduais, municipais e do Distrito Federal, destinados exclusivamente ao custeio de serviços socioassistenciais continuados, com diferentes níveis de complexidade conforme a vulnerabilidade da população assistida. Os idosos estão contemplados: *i*) nos pisos da proteção social básica (centros e grupos de convivência para idosos); *ii*) no piso fixo de média complexidade – Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas), especialmente nas situações de violação de direitos, na oferta de cuidados domiciliares para idosos dependentes e com deficiência grave e severa; no atendimento psicossocial individual e em grupos de usuários e suas famílias, inclusive com orientação jurídico-social em casos de ameaça ou violação de direitos individuais e coletivos; *iii*) no piso de alta complexidade I (unidades de acolhimento e abrigo, como casa-lar; república, entre outros); e *iv*) no piso de alta complexidade II (proteção social voltada aos usuários em situações específicas de exposição à violência, com elevado grau de dependência e que exijam serviços específicos altamente qualificados) (BRASIL, 2005b).

Diante da histórica e indefensável falta de apoio do poder público, a principal fonte de receita das ILPIs, filantrópicas e privadas, sempre foi e ainda é a mensalidade recebida dos internos (PASINATO; KORNIS, 2008; IPARDES, 2008; CAMARANO, 2006). Cabe a pergunta: usar a *aposentadoria ou a pensão ou o BPC para financiar a assistência* que os idosos recebem na ILPI filantrópica conveniada ao Suas *é correto, justo, legal? Não.* Não é correto fazer uso desta renda para custear serviço(s) da assistência social, por ela ser de caráter não contributivo. Novamente, como o valor repassado pelo Suas é insuficiente para cobrir todos os custos do cuidado; como os idosos, institucionalizados ou não, não reclamam seus direitos; e como o MP e os conselhos ainda não atentaram para estas irregularidades, esse paradoxo perdura. Além disso, favorece este abuso o contraditório respaldo do Estatuto do Idoso (Artigo 35 § 1º), o qual faculta a cobrança da participação do idoso no custeio da entidade filantrópica em até 70% de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social, cujo limite deve ser regulamentado pelo CMI ou CMAS. Porém, para ser correto, justo e legal, tal participação deveria ser fixada em 0%, pois, por se tratar de uma política universal de seguridade social, da mesma forma que um profissional do SUS não pode receber qualquer valor do usuário por um procedimento coberto pelo SUS, um prestador conveniado à assistência social também não poderia/deveria receber qualquer quantia da família ou do idoso, além daquela paga pelo próprio Suas.

5.3 A ILPI: um equipamento de alta complexidade de responsabilidade do Suas

A ILPI deve ser entendida como um equipamento de interesse e de relevância para toda a cidade, onde acontecem cuidados à saúde e ao bem-estar dos residentes. No caso das ILPIs privadas, o mercado regulará as vagas, os preços e os serviços oferecidos, com fiscalização da Visa, dos conselhos e do MP. Quanto às ILPIs filantrópicas, que têm até o momento suprido o povo na ausência do Estado, reiteramos a nossa crença na boa vontade das entidades beneficentes; porém, chega de remendos!

A ILPI precisa existir, de fato, como um equipamento de alta complexidade do Suas, sob a coordenação desta política, com o apoio das demais políticas (saúde, defesa dos direitos de cidadania, abastecimento, esportes, cultura, educação etc.) e ainda sob a vigilância dos órgãos reguladores, no contexto local. Deve-se cobrar do Estado, além do cumprimento do seu papel fiscalizador, o respeito efetivo à garantia constitucional da universalidade da assistência social à população idosa. Da mesma maneira que as creches evoluíram, que os hospitais credenciados ao SUS estão sujeitos à regulação pelo SUS, que a política de saúde mental prevê estímulos à desinstitucionalização e à redução progressiva de leitos manicomial, nas ILPIs sem fins lucrativos invente-se a cogestão e o credenciamento progressivo delas até a sua completa assimilação na rede Suas. Isso pressupõe, obviamente:

- viabilizar financeiramente e dimensionar os recursos do Suas para atender à magnitude das demandas da desigualdade social do país, em número suficiente para cobrir todo o território nacional;
- estabelecer os pisos mínimos (*per capita*), integralmente de responsabilidade da assistência social em respeito à CF de 1988 (leia-se: sem uso da aposentadoria do idoso), suficiente para cobrir integralmente os cuidados e com validade para todo o território nacional;
- regular a porta de entrada das ILPIs credenciadas por meio de uma central de vagas do Suas, à semelhança do que ocorre na central de leitos do SUS que distribui as internações conforme a necessidade, a urgência e a disponibilidade de vagas;
- financiar direta ou indiretamente as equipes das ILPIs conveniadas, responsáveis pelo projeto de cuidado individualizado, global e reabilitador do residente em prol da sua melhor capacidade, integração e autonomia;
- estabelecer o repasse de verbas públicas conforme a qualidade do serviço e o grau de complexidade do cuidado, pagando a mais pelo mesmo procedimento ou serviço para aquela ILPI que o executa de uma forma mais segura (estímulo);

- instituir os mecanismos gerenciais (processos) desde a admissão até o término dos cuidados de um idoso institucionalizado;
- constituir câmaras técnicas/comitês ou equivalentes sob a responsabilidade do Suas, com objetivo de monitorar a qualidade do cuidado ao idoso institucionalizado, no âmbito municipal, estadual e nacional, com base em indicadores e na participação dos gestores do Suas e do SUS, dos CMAS, CMI e de saúde, da Visa, do MP, dos representantes das ILPIs privadas e aquelas credenciadas ao Suas, de entidades de ensino e pesquisa, dos familiares e dos usuários de ILPI, entre outros. Isso serviria para estabelecer os padrões mínimos necessários (conforme previsto no Suas), os critérios e indicadores de qualidade do cuidado para aquela localidade e contexto e, ainda, divulgar periodicamente os resultados obtidos (por exemplo, “Parabéns! Estamos há xxx dias sem nenhuma ocorrência de quedas!”).

Sugere-se a instituição de um formulário-padrão, como acontece com a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a ser preenchido pelos profissionais de referência (do Suas ou do SUS) que recomendam a institucionalização. Esta demanda com as informações fundamentais sobre o pretendente à institucionalização (condição sociofamiliar, de saúde e funcional) chegaria à central de vagas do Suas, a qual verificaria entre as ILPIs sob sua responsabilidade aquela que possui vaga disponível e que oferece o cuidado mais adequado ao perfil funcional e cognitivo do idoso que pleiteia a vaga. Além disso, todo *óbito* de idoso institucionalizado seria comunicado à central, o que possibilitaria à Visa verificar com mais presteza as situações suspeitas de excesso de mortalidade nas instituições.

Finalmente, o Suas deve mapear no território as ILPIs categorizadas conforme a gravidade do que foi verificado pela Visa e pelos seus técnicos reguladores em: *i*) ILPI em nível crítico, com graves e urgentes problemas de cuidado e gestão, que necessitam da pronta intervenção do órgão público; *ii*) ILPI com problemas de gestão e/ou de cuidados; e *iii*) ILPI com bom padrão de qualidade de cuidados. E, a partir de inspeções e ações articuladas entre os diversos setores governamentais e não governamentais, esforçar-se para melhorar a situação.

Para chegar a este grau de responsabilidade social, as prefeituras devem estabelecer um grupo de trabalho (GT) em prol da melhoria do cuidado à pessoa idosa, dentro e fora da ILPI, com o objetivo de propor respostas às demandas locais e de discutir com os idosos da comunidade quais necessidades eles julgam prioritárias. A rede de proteção também faz parte do pacto democrático que, territorialmente, foi construído pelo compromisso dos atores e gestores do sistema, com participação dos sujeitos e da sociedade organizada. Nesse sentido, a proteção social implica

uma dinâmica permanente de contratualização dos atores e agentes sociais para garantir e efetivar direitos estabelecidos (FALEIROS, 2007). Porém, usualmente, os técnicos não respeitam o protagonismo dos idosos e, na prática, decidem por eles, pensam por eles, fazem por eles. É fundamental mudar de atitude e fazer *com* eles, decidir *com* eles, e ouvir *deles* o que lhes interessa.

Paralelamente, no nível público, o mesmo GT promoverá um diálogo aberto sobre a necessidade, a forma e a regulação do investimento público no cuidado institucional e domiciliário do idoso frágil. Certamente, o monitoramento dos eventos sentinela, das hospitalizações recorrentes e dos óbitos no meio institucional permitirá ao gestor municipal definir o perfil de idosos frágeis com maior risco de institucionalização/hospitalização e organizar as ações do cuidado formal (Suas e SUS) e da rede solidária da comunidade. Também será preciso introduzir e capacitar as equipes para realizar dignamente os cuidados paliativos no espaço das ILPIs. Tudo isso está alinhado com a diretriz da PNSI de enfrentamento à fragilidade (BRASIL, 2006a; 2006b).

5.4 O descaso com os idosos institucionalizados

Qual é o real déficit e a efetiva cobertura de vagas para idosos em ILPI no Suas? Quantos idosos estariam institucionalizados se houvesse instituições em melhores condições e cuidados? Se as restrições à admissão de idosos muito dependentes são cada vez maiores, onde e por quem eles estão sendo cuidados? Quantos idosos estão hoje sem condições de retorno ao domicílio e permanecem “institucionalizados” em leitos hospitalares, correndo todos os riscos de infecção e de piora clínica e funcional? Ou ainda, quantas institucionalizações seriam evitadas se houvesse uma rede socioassistencial de cuidado ao idoso frágil, conforme o estabelecido na lei e confirmado nas conferências nacionais de defesa dos direitos dos idosos e da assistência social?

Quando comparamos o investimento governamental das políticas sociais destinadas à manutenção de creches, de menores em conflito com a lei, do sistema prisional com aquele da ILPI, este último é o menor dos quatro e continua absolutamente insuficiente para cobrir os custos de um cuidado adequado e digno. O idoso institucionalizado é um cidadão brasileiro que merece ser cuidado nos melhores padrões de qualidade, com entrada pela porta da frente da política da assistência social (Suas), valorizado pelo que já fez pelo país e pelo que tem a nos ensinar.

No entanto, a omissão governamental é testemunhada por toda a sociedade brasileira que permanece silenciosa no seu papel de controle social (famílias, entidades formadoras de opinião, filantropos, idosos). Se fica comovida todas as

vezes em que a mídia divulga as condições desumanas de uma ILPI, permanece impassível e à distância de instituições quase sempre fechadas, nas quais idosos frágeis recebem um cuidado precário, por cuidadores e gestores despreparados. Essa cultura nacional de negação da velhice e de tolerância à violência institucional contra o idoso precisa ser reconhecida, estudada, compreendida e modificada, por meio da educação de toda a sociedade, da visibilidade dos direitos dos idosos e da valorização da velhice como fase merecedora de cuidados, como o são todas as demais fases da vida.

É preciso construir essa mudança dentro da cultura e das instituições brasileiras, como explica Sposati (2007):

Pratica o reducionismo aquele que analisa a política social tão só a partir do executivo. É o Poder Legislativo que torna a política “de Estado” quando a reconhece como lei duradoura e contínua. É por sua vez o Poder Judiciário que a confirma como direito de cidadania ao reconhecer a violação de direitos do cidadão ou a omissão do Estado em sua prática. Sem esses trânsitos, “morreremos na praia” do discurso, sem efetividade para o cidadão que quer ter certeza da atenção social e de sua cidadania reconhecida.

O Poder Executivo deve dimensionar as políticas sociais à perspectiva do envelhecimento populacional com base na equidade. Ao Legislativo cabe rever e atualizar as leis que tratam das ILPIs, em todos os seus aspectos, até que toda cidade que possua ILPI tenha a correspondente legislação e a sistemática fiscalização pelo Executivo. Enquanto do Poder Judiciário deve-se cobrar a garantia da celeridade na tramitação de processos em que o idoso seja parte ou interveniente por meio da criação de varas especializadas para o idoso e da ampliação das defensorias e promotorias públicas para que possam tutelar os direitos do universo de idosos brasileiros (Artigo 71 do Estatuto do Idoso).

Nas metas e estratégias deliberadas nas Conferências Nacionais de Assistência Social e metas do governo federal para o Plano Decenal do Suas (Plano 10) (período 2008-2015), estão definidos, entre outros, os seguintes temas de interesse do idoso:

- 1) BPC: 100% de acesso às pessoas idosas e com deficiência que atenderem aos critérios (2007-2010) e equiparação das regras para as pessoas com deficiência e os idosos, sem incluir o valor do BPC já concedido, no cálculo da renda *per capita* familiar para fins de acesso de outro membro da família.

- 2) Políticas de proteção social básica e especial a idosos e pessoas com deficiência dependentes: 100% de acesso ao público e expansão do *per capita* para meio salário mínimo (SM).¹⁹
- 3) Serviços de alta complexidade: ampliação da cobertura mediante o cofinanciamento e conforme padrão de qualidade de atendimento compatível com o Estatuto do Idoso e as normas relacionadas.
- 4) Serviços de cuidado no domicílio para famílias de idosos e pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade: implantação em todos os municípios acima de 100 mil habitantes habilitados na gestão básica ou plena do Suas; com formação de 24 mil cuidadores de idosos em parceria com o Ministério da Saúde (2007-2010).
- 5) Implantação de espaços de defesa social, DP, delegacias especializadas, fóruns de caráter regional ou municipal e ouvidorias em articulação com o Sistema de Garantia de Direitos; consolidar a parceria com o MP e juizados; e ainda realizar campanhas intersetoriais e articuladas, anuais educativas e informativas de incentivo a denúncia e prevenção à violência doméstica e destaque para a campanha Idoso Agente de Cidadania na fiscalização dos recursos investidos no Suas.
- 6) Mapeamento dos territórios de vulnerabilidade, risco social e potencialidades e divulgação dos dados e o acesso da população a todos os serviços e programas socioassistenciais; bem como realizar pesquisas sobre a realidade social para subsidiar projetos que respondam a necessidades territoriais.
- 7) Fortalecimento e envolvimento da sociedade civil na defesa e elaboração das políticas públicas, articuladas intersetorialmente.

Essa agenda das políticas sociais para a melhoria da assistência social ao idoso, inclusive nas ILPIs, deve deixar de ser uma intenção (Plano Nacional do Suas de 2005) e transformar-se em realidade. No caso específico da fiscalização de ILPI, a Visa, os conselhos e o MP, apesar de perseguirem objetivos comuns, atuam de modo independente e diferente. O papel primordial dos conselhos de idosos e do MP é fiscalizar a implementação efetiva do Suas e de aprimorá-lo, na busca de um cuidado digno à população idosa, dentro e fora das ILPIs.

É este o caminho a ser construído: cada um *participar ativamente* de todos os espaços de defesa de direitos dos idosos, da elaboração do PNAS por meio da atuação nas conferências da assistência social e de idosos, em todas as esferas

19. Este valor proposto continuará absolutamente *insuficiente!*

de governo. Abandonar o discurso do indignado ou do “piedoso”, pois ambos escondem a descrença nas políticas públicas e no Estado de Direito e inaugurar um tempo de ação e de parcerias, em um clima de cooperação entre todos: ILPI e empresas,²⁰ ILPI e universidades, ILPI e comunidade, ILPI e poder público; pois se os problemas são multifacetados, as soluções também o são.

Todas as vezes que o Brasil assumiu uma política como prioridade, a exemplo da redução da mortalidade infantil e do analfabetismo, ele demonstrou o enorme poder de superação da sociedade brasileira, com soluções efetivas e menos onerosas comparativamente às de outros países. A hora de incluir os idosos na pauta é agora!

REFERÊNCIAS

- AMPID. Disponível em: <http://www.ampid.org.br/Docs_ID/Criacao_Consehos_CNDI.php>
- BATISTA, A. S. *et al. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social*. Brasília: MPS/SPPS, 2008 (Coleção Previdência Social, v. 28).
- BORGES, A. P. A. *Representação da população idosa na luta por seus direitos no Brasil: o caso dos Conselhos Estaduais do Idoso*. Brasília, 2009. 92p.
- BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. *In: FREITAS, E. V. de et al. (Ed.). Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- BRASIL. *Lei nº 7.347/1985*. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (vetado) e dá outras providências. 1985.
- _____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de nº1, de 1992, a nº32, de 2001, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de nº 1 a nº 6, de 1994. 17. ed. Brasília, 1988. 405p. (Série Textos Básicos, n. 25).
- _____. *Lei nº 8.069/1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990.
- _____. Presidência da República. Lei Orgânica de Assistência Social (Loas), *Lei nº 7.742*, de 7 de dezembro de 1993. 1993.
- _____. *Lei nº 8.842*, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. 1994.
- _____. *Lei nº 9.782/1999*. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. 1999a.
- _____. Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde. *Portaria nº 5.153/1999*. Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. Brasília: MPAS/SAS, 1999b.

20. A criação do Fundo Nacional do Idoso, em 2010, e de seus congêneres, favorecerá este investimento ao permitir a dedução de parte dele no Imposto de Renda.

_____. *Lei nº 10.741*, de 1º de outubro 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Alterado pela Lei nº 11.765, de 5 de agosto de 2008, e pela Lei nº 11.737, de 14 de julho de 2008. 2003a.

_____. Ministério de Assistência Social. Avaliação dos dez anos de implementação da Lei Orgânica de Assistência Social: o olhar dos conselhos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal. In: BOSCHETTI, I. (Coord.). *Relatório de Pesquisa LOAS + 10*. Brasília: MAS/CNAS, 2003b.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Política Nacional de Assistência Social (PNAS)*. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, nov. 2004.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. *RDC nº 283*, set. 2005a.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome: NOB/SUAS. *Resolução do CNAS nº-130*, de 15 de julho de 2005, publicada no DOU. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. *Lei nº 8.080/1990; Portaria do Gabinete do Ministro do Estado da Saúde nº 2.528, de 19 de outubro de 2006*, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399/GM*, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, 2006b.

BREEN, G.-M.; MATUSITZ, J.; WAN, T. T. H. The use of public policy analysis to enhance the nursing home reform act of 1987. *Soc. Work Health Care*, v. 48, n. 5, p. 505-518, Jul. 2009.

CAMARANO, A. A. *Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira*. Rio de Janeiro: Ipea, 2006 (Textos para Discussão, n. 1.179).

_____. (Org.). *Características das instituições de longa permanência para idosos – região Norte*. Brasília: Ipea, Presidência da República, 2007.

_____. *Características das instituições de longa permanência para idosos – região Centro-Oeste*. Brasília: Ipea, Presidência da República, 2008a. 158p.

_____. *Características das instituições de longa permanência para idosos – região Sul*. Brasília: Ipea, Presidência da República, 2008b. 138p.

COUTO, E. C.; LAGES, E. A. S. *Análise da elaboração do código de saúde de Belo Horizonte à luz da legislação*. 2007. Disponível em: <http://www2.almg.gov.br/opencms/export/sites/default/hotsites/legistica/docs/analise_elaboracao.pdf> Acessado em: 15 mai. 2009.

DALLARI, S. G. A vigilância sanitária no contexto constitucional e legal brasileiros. *Cadernos de Saúde*, Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica Ltda., 2001.

_____. Direito sanitário. In: ARANHA, M. I. (Org.). *Direito sanitário e saúde pública*. v. I. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

DIOGO, M. J. D. Modalidades de assistência ao idoso e à família: impacto sobre a qualidade de vida. In: FREITAS, E. V. de et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ELIAS, P. E. *Manual do curso de direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal*. UnB/Fiocruz, p. 110 (s.d.).

- FALEIROS, V. P. Cidadania e direitos da pessoa idosa. *Ser Social*, Brasília, n. 20, p. 35-61, jan./jun. 2007.
- GOHN, M. G. M. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. 1. ed. São Paulo: Cortez, v. 1, 2001. 120p.
- GONÇALVES, M. V. R. Tutela de interesses difusos e coletivos. *Sinopses Jurídicas*. São Paulo: Saraiva, 2006. v. 26.
- IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. *Instituições de longa permanência para idosos: caracterização e condições de atendimento*. Curitiba: IparDES, 2008. 109 p.
- LEVENSON, S. A. The basis for improving and reforming long-term care. Basic elements for quality care. *J. Am. Med. Dir. Assoc.*, v. 10, p. 597-606, part 3, 2008.
- _____. The basis for improving and reforming long-term care. The foundation. *J. Am. Med. Dir. Assoc.*, v. 10, p. 459-465, part 1, 2009a.
- _____. The basis for improving and reforming long-term care. Clinical problem solving and evidence-based care. *J. Am. Med. Dir. Assoc.*, v. 10, p. 520-529, part 2, 2009b.
- _____. The basis for improving and reforming long-term care. Identifying meaningful improvement approaches (segment 1). *J. Am. Med. Dir. Assoc.*, v. 11, p. 84-91, part 4, 2010.
- LUCCHESI, G. A. Vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- MAIO, I. G. *Aprendendo a ser cidadão com o ministério público*. Disponível em: <www.creasim.amac.org.br/documentos/ministerio_publico.ppt> Acessado em: 12 mai. 2010.
- MAUÉS, A. G. M. *Poder e democracia; o pluralismo político na constituição de 1988*. Tese (Doutorado) São Paulo: USP, Departamento de Filosofia e Teoria Geral do Direito, 1998.
- MAZZILLI, H. N. *A pessoa idosa e o ministério público*. Disponível em: <<http://www.femperj.org.br/artigos/prev/prev02.htm>> Acessado em: 12 jul. 2009.
- MEIRELLES, H. L. *Direito municipal brasileiro*. 8. ed. São Paulo: Malheiros, 1996.
- PASINATO, M. T.; KORNIS, G. E. M. *Cuidados de longa duração para idosos: um novo risco para os sistemas de seguridade social*. Rio de Janeiro: Ipea, 2008 (Texto para Discussão, n. 1.371).
- PEREIRA, E. C. *A interação entre o ministério público e o Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá-MT: meio para implementação do controle social no SUS*. Monografia apresentada no Curso de Especialização à distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal, Universidade de Brasília, 2003. 45p.
- RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. de. *et al.* (Ed.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 106-110.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Portaria Municipal nº 052/2000*, Belo Horizonte (MG). Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/gevis/port_052_00.pdf> Acessado em: 15 dez. 2009.
- SOARES, F. M. *Teoria da legislação: produção e conhecimento da lei na idade tecnológica*. Porto Alegre: Sérgio Fabris Editor, 2004.
- SOMATÓRIO PESQUISA & INFORMAÇÕES. 2010. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/estadaodehoje/20100412/not_imp537004,0.php> Acessado em: 16 abr. 2010.

SPOSATI, A. Assistência social: de ação individual a direito social. *Revista Brasileira de Direito Constitucional* (RBDC), n. 10, jul./dez. 2007.

SUAS. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas>> Acessado em: 08 nov. 2009.

VECINA NETO, G.; MARQUES, M. C. C.; FIGUEIREDO, A. M. Vigilância sanitária. *Apostila do Curso de Especialização em Vigilância Sanitária – disciplina: saúde coletiva*. Brasília: Fiocruz, 2006.

ZANON, U.; NEVES, J. A falta de base científica das normas da ABNT e das resoluções do Conama em relação aos resíduos dos serviços de saúde. In: EIGENHEER, E. M. (Org.). *Lixo hospitalar, ficção legal ou realidade sanitária?* Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável, 2000. p. 13-35.

ANEXO A

A.1 A DISTRIBUIÇÃO DA COMPETÊNCIA LEGISLATIVA SOBRE SAÚDE ENTRE OS ENTES FEDERADOS²¹

A.1.1 A quem compete legislar sobre as ILPIs?

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CR/1988) trouxe muitas novidades, especialmente quanto aos direitos dos idosos: a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas (Artigo 230). Além disso, o conceito de seguridade social ultrapassa o assistencialismo; assegura o dever/poder do Estado de cuidar da saúde da nação; eleva os municípios à categoria de entes federados autônomos; e ainda permite a todos, União, estados, Distrito Federal e municípios, legislarem sobre saúde, originando diferentes normas. Para evitar sobreposição e conflitos entre normas expedidas pelos distintos entes federados, a CF de 1988 distribui as competências para legislar sobre um assunto com base no princípio da predominância do interesse.

Portanto, a todos os entes federados compete legislar sobre ILPIs bem como sobre normas de saúde que regerão o SUS nos três níveis da federação. Sendo que as leis de caráter geral ficam a cargo da União e do estado, enquanto as leis mais específicas cabem aos estados e aos municípios.

A.1.2 Quando existir mais de uma lei sobre um mesmo assunto, qual lei seguir?

Toda a administração pública deve sempre ser balizada pela lei (entendida aqui, no sentido amplo, traduzindo o “ordenamento jurídico”: princípio constitucional, lei, portaria, decreto, resolução ou outro ato normativo). A administração não pode

21. Eduardo Camargos Couto, advogado e fiscal sanitário, especialista em Gestão Estratégica, Analista de sistemas, ex-gerente da Vigilância Sanitária de Saúde de Belo Horizonte - MG.

agir contra a lei nem além da lei, e obrigatoriamente deve agir segundo a lei. No entanto, para cumprir o seu papel ordenador,²² a lei deve acompanhar a evolução das demandas da população e dos serviços, permanecendo em constante evolução. Inexistindo uma lei federal sobre saúde, o Estado pode legislar.

Quando houver normas expressas concorrentemente pela União e pelo estado que tratam da mesma matéria de saúde e têm caráter geral, mas são diferentes ou contrárias (Artigo 24 da CF de 1988):

(...) se a norma da União for superveniente à do Estado-membro, prevalece a norma expedida pela União, somente naquilo em que a norma do Estado for contrária. Na parte da norma do Estado que tratar o tema de forma diferente ou especificada, porém não for contrária à da União, prevalece a do Estado. Se a norma do Estado-membro for expedida após a existência da lei federal, a lei do Estado deve seguir as diretrizes da lei federal e pode completá-la naquilo que o Estado julgue ser adequado às suas peculiaridades.

Não é competência da União expedir normas pormenorizadas. O estado deve suplementar as normas gerais federais, adaptando-as às suas peculiaridades. Se as normas expressas pela União forem da mesma matéria, quer originem-se no Poder Legislativo, quer no Poder Executivo – como no caso de resoluções expressas pela Agência Reguladora Anvisa (RDC)²³ ela visa regulamentar uma lei federal –, mas se ambas abordarem o tema com pormenores, extrapolando o caráter geral, prevalece a norma do Estado-membro na parte mais específica.

Na relação entre normas federais e municipais, tudo leva a crer que nos casos concretos o interesse local estará presente na legislação municipal, pois a Câmara Municipal que expediu a lei tem maior conhecimento de como tratar os problemas locais do que aqueles que estão distantes dos problemas, resultando em melhores condições de definir a forma legal mais eficiente e que viabilize solução do problema a que a lei se propõe a resolver. O processo legislativo mais próximo do problema possibilita uma discussão mais ampliada sobre as reais condições locais. Esta proximidade com a problemática é o que justifica a lógica da descentralização e do caráter geral das leis da União e do estado, e o específico do município. Logo, se as normas em vigor sobre o mesmo assunto forem expedidas ao mesmo tempo pelo município e a União, mas ambas abordarem o tema com pormenores, prevalece a norma do município na parte mais específica, se não contrariar a norma geral da União.

22. Aqui cabe um esclarecimento: as diferenças entre lei e regulamento da lei. O regulamento é expedido pela administração pública (Poder Executivo) e a lei, pelo Poder Legislativo. Qualquer regulamento é ato subordinado, subalterno e dependente de lei, a sua lei permissiva. O regulamento complementa a norma superior dando-lhe um caráter mais específico, detalhado, pormenorizado, que possibilite sua aplicação ao caso concreto.

23. Lei nº 9.782/1999: Artigo 9º “A Agência será dirigida por uma Diretoria Colegiada”.

Além disso, comparando a elaboração de normas pelo Executivo com a pelo Legislativo, o ambiente legislativo permite uma salutar dialética com visões diversificadas de um mesmo problema, com equivalência de poder decisório e de barganha dos vereadores. No processo de elaboração de normas pelo Executivo não se observa o embate de interesses legítimos e muitas vezes antagônicos de representantes da sociedade como se vê no Legislativo, além de que não se vê o jogo democrático funcionar nas decisões do que deve vigorar, pois o órgão regulamentador do Executivo define de forma unilateral e impositiva.

Também, o escopo do regulamento da lei não pode ir aquém, além, nem contra a sua lei permissiva, é indiscutível que o escopo das RDCs deve ser de caráter geral. Logo, se as RDCs desrespeitarem a extensão do que lhes é permitido, entrando em pormenores, este excesso não prevalece frente a uma legislação de qualquer município. Outro detalhe, se a RDC trata de matéria não delegada por lei federal, a norma expressa pelo Estado-membro e do Município prevalecerão, pois a RDC não pode, neste caso, nem vigorar e deve ser eliminada do ordenamento por conter o vício de inconstitucionalidade.

Portanto, ao contrário do entendimento quase generalizado, uma RDC, ou mesmo uma lei federal, não é hierarquicamente superior às normas expedidas pelo Estado-membro e/ou pelo município. O que se deve observar é a distribuição de competências entre os entes federados.

Quanto ao poder normativo do município, na ausência de legislação federal ou estadual, o município não pode ficar atado no cumprimento do seu dever constitucional de agir (SANTOS, 2003); devendo, portanto, produzir as leis de seu interesse. Caso a União e o Estado editem normas sobre temas já regulamentados pelo município, verifica-se a compatibilidade da norma municipal com a nova norma.

A.1.3 Estados-membros e municípios podem descumprir uma norma federal que ultrapassa a sua competência constitucional, em especial as RDCs da Anvisa?

Sim, podendo fazê-lo por decisão própria (desde que o Chefe do Executivo – governador ou prefeito – declare a sua recusa e aponte a inconstitucionalidade de que se reveste²⁴ ou por via do Poder Judiciário.

Na prática, sempre que a lei oriunda da União é muito detalhada, ela se mostra inaplicável na maioria dos municípios devido à diversidade das realidades municipais

24. TJ/SP – 3ª Câmara Civil – Apelação nº 220.155.1 – Campinas, Relator Gonzaga Franceschini, decisão: 14-2-95.

e, por consequência, é desobedecida: gerando a insegurança jurídica e fortalecendo a cultura de que no Brasil há leis que “pegam” e leis que “não pegam”.

Portanto, para que reine a harmonia jurídica, cada ente federado deve observar a sua competência legislativa. A Anvisa deve ater-se a expedir RDCs de caráter geral. Os estados e os municípios devem elaborar suas leis de saúde adaptando as diretrizes federais às suas realidades locais. Para favorecer o cumprimento e respeito às leis, é mister respeitar a metodologia de elaboração de normas proposta pela Legística, ciência jurídica que estuda a construção de leis e que ainda é pouco conhecida e respeitada no nosso meio.

INTERNAÇÕES DE IDOSOS POR CUIDADOS PROLONGADOS EM HOSPITAIS DO SUS NO RIO DE JANEIRO: UMA ANÁLISE DE SUAS CARACTERÍSTICAS E DA FRAGILIDADE DAS REDES SOCIAIS DE CUIDADO

Dalia Elena Romero

Aline Marques

Ana Cláudia Barbosa

Raulino Sabino

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo¹ centra sua atenção nas internações de idosos nos estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), no Rio de Janeiro, na modalidade Cuidados Prolongados (CPs), caracterizada na Portaria GM/MS nº 2.413, de 1998 (BRASIL, 1998). Com tal modalidade de internação o Ministério da Saúde (MS) explicita a responsabilidade e os compromissos do SUS quanto à reinserção social dos “pacientes crônicos, portadores de múltiplos agravos à saúde, convalescentes e/ou necessitados de cuidados permanentes que precisem de assistência contínua e de reabilitação físico- funcional”. Tal modalidade é usada principalmente para pacientes idosos.

Quando a reinserção social não é alcançada pela equipe do hospital, as internações acabam prolongando-se a ponto de poder se caracterizar como “institucionalização hospitalar de idosos”.² A complexidade de fatores que incidem em tal institucionalização é também um tema abordado neste capítulo.

1. A informação analisada neste capítulo foi obtida de resultados de duas pesquisas: do estudo integrado Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) nº 555079/2006-6: Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs no Brasil: Tipologia e Proposta de Modelo Básico de Assistência Multidimensional, do projeto Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ); e da pesquisa APQ1- Processo E-26/170645/2007: Estudo das Condições de Saúde da Mortalidade dos Idosos com Internações de Longa Permanência nas Unidades do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. A realização das entrevistas teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), protocolo 550/10.

2. Chama-se “institucionalização hospitalar de idosos” aquela internação por CP que se estende por mais de 6 meses, de maneira que o hospital passa a configurar-se como “local de moradia” do idoso.

Na literatura, as internações de longa duração dos idosos são compreendidas principalmente sob três pontos de vista: *i*) abandono por parte da família (MACHADO; GOMES; XAVIER, 2001; CRUZ *et al.*, 2003); *ii*) violência institucional (MINAYO, 2004); e *iii*) baixa qualidade da assistência aos idosos (GUERRA; GIATTI; LIMA-COSTA, 2004). Tais perspectivas estão embasadas nas discussões de asilamento em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)³ e são reforçadas pela repercussão pública do escândalo da Clínica Santa Genoveva em maio de 1996. Tal episódio colocou em discussão pública algumas facetas do jogo de forças presentes na complexa questão da institucionalização da velhice, e ainda explicitou para a sociedade o caráter híbrido dos estabelecimentos de saúde como unidades responsáveis tanto de cuidados clínicos como de cuidados “cotidianos” de idosos sem estrutura econômica e familiar (GROISMAN, 1999). No entanto, Groisman (1999) não concorda que, como colocado pelos meios de comunicação, se reduza o problema a uma questão de donos inescrupulosos de hospitais e de ineficiência de atendimento no SUS.

Passados 15 anos desse caso, neste capítulo propõe-se voltar a refletir sobre a “institucionalização hospitalar” na rede do SUS no Rio de Janeiro, mas com outra perspectiva. Pretende-se mostrar que a modalidade de CPs é fundamental e coerente com os princípios do SUS de equidade e integralidade. Por outra parte, defende-se que o hospital não deve perder seu caráter híbrido entre social e médico, já que é um espaço para preservar a saúde e a vida. Portanto, não seria aceitável que idosos frágeis⁴ sejam rejeitados pelas instituições de saúde em nome de critérios econômicos (diminuição de gastos) nem que por experiências negativas prévias pretenda-se eliminar dos hospitais seu papel nos cuidados contínuos de pessoas com algum grau de dependência.

Com o envelhecimento da população e a transição epidemiológica que leva à superação progressiva do saldo das doenças infecto-contagiosas e ao predomínio das doenças crônico-degenerativas, maior será a dependência das pessoas de cuidados de saúde continuados. Cada vez menos se poderá segmentar o atendimento das necessidades das pessoas em um nível determinado de organização do sistema assistencial. O problema é complexo e depende principalmente da articulação da rede da assistência social e de saúde com o modelo de cuidados adotado pela sociedade.

O capítulo divide-se em quatro seções, sendo esta introdução a primeira delas. A segunda apresenta a análise das internações pelo SUS de idosos por CP entre 2001 e 2007, no Estado do Rio de Janeiro,⁵ obtida do banco de dados do

3. Sobre a história do asilamento, consultar o trabalho de Christophe e Camarano neste livro.

4. Utilizamos o mesmo conceito de fragilidade definido no capítulo de Duarte *et al.* neste livro.

Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS). Esta seção, para melhor organização dos dados, foi subdividida nos seguintes temas, respectivamente: relações entre idade e chance de internação por CP, causas das internações, tempo de permanência, sobrerisco masculino de internações, motivos de permanência dos idosos internados por CPs e desfechos das internações. Na terceira, analisam-se seis entrevistas semiestruturadas com responsáveis dos hospitais de CP no município do Rio de Janeiro com a finalidade de conhecer com maior profundidade as razões que explicam a institucionalização hospitalar de idosos. A quarta e última seção corresponde às considerações finais.

1.1 CPs em hospitais do SUS: necessidade médica ou social?

Dado o atual perfil epidemiológico da população brasileira, com o predomínio das doenças crônico-degenerativas, em que o conceito de cura é substituído pelo de cuidado, torna-se imperiosa a revisão do atual modelo assistencial.

As funções e atribuições de um hospital estão fortemente atreladas ao conceito de saúde socialmente definido. Historicamente, não há consenso sobre a definição de saúde individual ou coletiva, pelo contrário, é foco de intenso debate e muda de acordo com a dinâmica política, econômica e social (FOUCAULT, 1972; COELHO; ALMEIDA FILHO, 2009).

Até os anos 1970, o modelo de saúde baseava suas ações no conceito de saúde definido a partir da relação entre saúde e doença, em que a saúde era medida pela ausência ou presença de alguma patologia. Sob essa perspectiva, o sistema de saúde brasileiro se estruturou de forma que pudesse produzir respostas às doenças presentes na população. Nessa conformação, o hospital tinha papel central e era entendido como instrumento voltado estritamente para o tratamento e cura dos indivíduos doentes. As estratégias de prevenção focalizavam-se nas doenças infecciosas e parasitárias e tinham como estratégia evitar a incidência, curar e mitigá-las. O modelo de assistência “hospitalocêntrico” atuava sobre a patologia existente com a finalidade de resgatar a normalidade do corpo (normalidade entendida por funcionamento regular e ausência de doença). Diversos autores apontam que essa perspectiva de saúde não é positiva para a promoção e atuação sobre os determinantes da saúde (BUSS, 2002; COELHO; ALMEIDA FILHO, 2009; PAIM, 2009).

Os anos 1980 foram marcados por intenso debate pela reforma sanitária brasileira e pela mudança de paradigma de saúde que deixou de ser entendida apenas a partir da relação saúde-doença para fundar-se em conceitos mais amplos

5. Selecionou-se o Estado do Rio de Janeiro por ser de alta intensidade seu envelhecimento populacional (tendo 51 idosos por cada 100 jovens em 2008) e sua atenção básica pouco desenvolvida.

que envolvem o bem-estar físico, mental e social. Essa nova perspectiva de saúde coloca em discussão as limitações de se pensar a saúde apenas sob o ponto de vista biomédico. Entram em discussão, nesse período, outros determinantes de saúde como, por exemplo, a influência das condições sociais e econômicas do indivíduo sobre sua saúde.

Nesta mesma lógica de reflexão sobre a definição de saúde, Lima Gonçalves (1983)⁶ repensa as funções do hospital e define que suas atribuições devem ser de três ordens: *i*) prestação de atendimento médico; *ii*) desenvolvimento de atividades de natureza preventiva; e *iii*) participação em programas de natureza comunitária que atinjam o contexto sociofamiliar dos pacientes como, por exemplo, divulgação dos conceitos de promoção, proteção e prevenção da saúde.

Imbuída dos objetivos da reforma sanitária, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, constituiu marco histórico importante na consolidação de uma nova perspectiva de saúde e de um novo sistema de saúde mais democrático. Os principais temas debatidos nessa conferência desdobraram-se nas seguintes diretrizes fundamentais que, posteriormente, culminaram no título “Saúde”, da Constituição de 1988: *i*) busca pela equidade; *ii*) garantia de acesso universal às ações e aos serviços de saúde; *iii*) aumento do financiamento do setor saúde; *iv*) unificação e integração das ações; *v*) integração da gestão nas diferentes esferas de poder (federal, estadual e municipal); e *vi*) participação da comunidade na formulação, execução e controle das ações em saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009).

Todo esse debate foi consolidado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 na qual são definidos os princípios e as diretrizes do SUS. Esta lei define uma ampla gama de fatores determinantes na qual deve atuar o setor saúde, individualmente ou de maneira articulada com os demais setores da seguridade social – previdência e assistência social.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

Entre os princípios do SUS definidos pela Lei nº 8.080, destaca-se o princípio da integralidade da assistência entendida como ações articuladas de promoção à

6. Referência retirada de página eletrônica. Disponível em: <<http://www.abpp.com.br/artigos/38.htm>> Acessado em: 14 jul. 2010.

saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, assim como a articulação dos diferentes níveis de complexidade do sistema. Dessa maneira, a lei dispõe sobre a necessidade de se articular com outras políticas públicas como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que repercutem na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2001).

Nesse contexto, o MS define o conceito de hospitais da seguinte forma:

O hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive domiciliar e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhes supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente. Assim o hospital é também um centro de investigação biopsicossocial.⁷

Em conformidade com as atribuições definidas pelo SUS para os hospitais de sua rede, a Portaria GM/MS nº 2.413/1998 explicita o papel dos hospitais no que se refere aos cuidados em uma etapa considerada intermediária entre a doença ou limitação e sua reinserção social. É a chamada modalidade de CPs, justificada por: “(...) necessidade de aprimorar o atendimento hospitalar de pacientes crônicos, portadores de múltiplos agravos à saúde, convalescentes e/ou de cuidados permanentes que necessitem de assistência contínua e de reabilitação físico funcional, com vistas à reinserção social”.

Esta mesma portaria define os critérios de elegibilidade⁸ de pacientes que devem receber CP. O perfil epidemiológico do paciente estabelecido pela portaria é, sem dúvida, aplicável em grande parte à faixa etária mais avançada, principalmente no que se refere ao atendimento de doentes crônicos e de múltiplos agravos à saúde, situação comum entre a população idosa. É importante considerar esse aspecto para entender por que hospitais autorizados para CP têm entre sua clientela uma alta proporção de idosos, o que lhes imprime uma imagem de caráter asilar.

Notam-se, na portaria, as exigências de uma complexa equipe multidisciplinar para que um hospital seja autorizado para CP, sendo necessário para cada módulo

7. Citação retirada de página eletrônica. Disponível em: <<http://www.abpp.com.br/artigos/38.htm>> Acessado em: 14 jul. 2010.

8. A definição inclui os convalescentes, aqueles submetidos a procedimentos clínico-cirúrgicos que se encontram em recuperação e necessitam de acompanhamento médico, de cuidados assistenciais e de reabilitação físico-funcional por um período de até 107 dias; os portadores de múltiplos agravos à saúde, aqueles que necessitam de cuidados médico-assistenciais permanentes e de terapia de reabilitação; os pacientes crônicos, aqueles portadores de patologia de evolução lenta ou portadores de seqüela da patologia básica que gerou a internação e que necessitam de cuidados médico-assistenciais permanentes, com vistas à reabilitação físico-funcional; e os pacientes em cuidados permanentes, aqueles que tiveram esgotadas todas as condições de terapia específica e que necessitam de assistência médica ou cuidados permanentes. Os diagnósticos permitidos para CP são: enfermidades pneumológicas, neurológicas, osteomuscular e do tecido conjuntivo, oncológicas e enfermidades decorrentes da Aids.

de 40 leitos: médicos assistentes (8 horas/dia), médicos plantonistas (24 horas/dia), enfermeiro (6 horas/dia), auxiliar de enfermagem (80 horas/dia), fisioterapeuta (8 horas/dia), técnico em fisioterapia (16 horas/dia), nutricionista (4 horas/dia), assistente social (4 horas/dia), fonoaudiólogo (2 horas/dia), psicólogo (3 horas/dia), terapeuta ocupacional (8 horas/dia) e farmacêutico (4 horas/dia). A disponibilidade de médico com competência na área de geriatria será exigida quando existir este profissional na cidade sede do hospital. Chama-se a atenção para o fato de que, apesar de a portaria reconhecer que é preciso haver um trabalho de reinserção social para não aumentar o tempo da internação, é relativamente pouca a carga de tempo considerada dos assistentes sociais e dos psicólogos.

O hospital de CPs como estabelecimento destinado, principalmente, à reabilitação e à reinserção social constitui-se um estabelecimento de caráter híbrido em suas atribuições, pois precisa articular cuidados médicos e suporte social. No que diz respeito à internação de idosos e em especial dos idosos pobres, o desafio da reabilitação e reinserção social se torna mais difícil visto a sua grande vulnerabilidade social. A alta de pacientes sob CPs não depende apenas do êxito do tratamento terapêutico por parte da equipe médica, depende também do contexto sociofamiliar e da capacidade do serviço social do hospital resolver possíveis problemas dessa ordem.

Em 1999, o MS, na Política de Saúde do Idoso, Portaria GM/MS nº 1.395/1999, reforça a necessidade de articulação com outras modalidades de cuidados na

(...) tentativa de reabilitação antes e durante a hospitalização, evitando-se que as enfermarias sejam transformadas em locais de acomodação para pacientes idosos com problemas de saúde não resolvidos e, por conseguinte, aumentando a carga de sofrimento do próprio idoso, bem como o aumento dos custos dos serviços de saúde (BRASIL, 1999b).

Já no ano 2006, no texto da atualização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528), o MS explicita que a sociedade deve encarar como investimento o aumento dos gastos com a saúde dos idosos, inclusive com gastos para CP, em prol de uma sociedade mais integrada e humanizada (BRASIL, 2006). Também se reconhece que a ampla presença de idosos em famílias frágeis ou em situação de grande vulnerabilidade social torna imperiosa a necessidade de fortalecer a rede de assistência à saúde do idoso e dar bases práticas às avançadas políticas e leis brasileiras.

A especialidade de internação por CP é relevante na medida em que contempla os cuidados e a reinserção social das pessoas internadas, especialmente por doença crônica. Mas é importante assinalar que, em termos relativos, é uma modalidade

pouco frequente. Segundo dados do SIH-SUS, apenas 6,6% das internações no Estado do Rio de Janeiro ocorrem por motivos de CP, a maioria segue sendo por clínica médica (58,6%). Sendo assim, pode-se afirmar que o SUS utiliza, como exposto na portaria, somente em casos excepcionais.

Dado isso, como na origem dos hospitais, a responsabilidade atual do setor saúde no cuidado ao idoso necessariamente possui uma tênue fronteira com a assistência social.

Neste capítulo analisa-se o papel dos hospitais na complexa “rede” (ainda inexistente) de cuidados aos idosos e mostra-se como a rápida transição demográfica e epidemiológica requer uma revisão do papel de tais instituições.

2 DIMENSÃO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO HOSPITALAR DE IDOSOS NO RIO DE JANEIRO: O QUE INFORMAM AS ESTATÍSTICAS DO SIH?

O SIH-SUS, alimentado pelas Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), foi criado em 1983 com a finalidade de viabilizar o pagamento dos serviços hospitalares prestados por hospitais públicos e conveniados ao SUS. Entretanto, o SIH-SUS superou sua finalidade inicial e passou a constituir uma fonte de dados epidemiológicos fundamental não só por ser a única com informações de morbidade hospitalar de abrangência nacional que fornece dados de internações da rede do SUS, onde ocorrem aproximadamente 70% das internações no Brasil (LAURENTI; BUCHALLA; CARATIN, 2000), mas também por dispor de um conjunto de variáveis sobre a natureza da internação (causa principal da internação, causas associadas, procedimento realizado, meios auxiliares de diagnóstico e terapêuticos utilizados), características sociodemográficas do paciente com recursos pagos pela internação, entre outras. As unidades hospitalares participantes do SUS (públicas ou contratadas/conveniadas) enviam as informações das AIHs para os gestores municipais ou estaduais para ser processadas no Datasus.

Diversas pesquisas já mostraram a potencialidade do SIH-SUS no conhecimento das condições de morbidade e mortalidade, planejamento e tomada de decisões na área de saúde pública (BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006). O SIH tem sido utilizado para traçar o perfil de morbidade e mortalidade de idosos hospitalizados (AMARAL *et al.*, 2004; GAWRYSZEWSKI; JORGE; KOIZUMI, 2004) e em menor medida para analisar as condições de idosos institucionalizados em hospitais (COSTA *et al.*, 2000). Não se conhecem, pelo menos na literatura disponível até o momento na Biblioteca Virtual de Saúde, pesquisas com o SIH sobre o tempo de permanência de idosos por CP nos hospitais do SUS, possivelmente explicado pelas limitações e complexidade dos bancos de dados disponíveis.

No SIH-SUS existem dois tipos de AIHs: AIH-1 e AIH-5. A primeira, utilizada como matriz das demais, é preenchida quando ocorre uma internação na rede hospitalar vinculada ao SUS e tem validade por um período de até 45 dias, o que a caracteriza como autorização de internação para pacientes agudos. A AIH-5 é utilizada sempre que houver a necessidade de prolongar a internação por mais de 45 dias e deve ter o mesmo número da AIH-1 que iniciou a internação. A AIH-5 deve ser aberta no primeiro dia de cada mês e tem duração de no máximo um mês e o hospital pode emitir quantas AIH tipo 5 forem necessárias para cobrir todo o período de internação do paciente. A AIH-5 permite o pagamento mensal da internação prolongada e a continuidade das informações do paciente.

Os bancos de dados do SIH-SUS são elaborados a partir da informação de cada AIH, de maneira que se trata de autorizações mensais de internação e não de indivíduos internados. Em outras palavras, em um ano de internação uma mesma pessoa pode ter até 12 AIHs se ficar o ano inteiro internada. De maneira que, para analisar as informações, no tempo, dos indivíduos internados será preciso transformar os registros dos arquivos em informações de cada pessoa.

Foram selecionadas todas as internações no Rio de Janeiro de pacientes com 60 anos ou mais de idade e em cujas AIHs constava, na variável especialidade, o “Atendimento a pacientes sob cuidados prolongados”, sendo excluídas da análise as internações de longa permanência por cirurgia, clínica médica e psiquiatria. Transformaram-se os arquivos originais, de internações, em uma base de dados de idosos com as informações de cada AIH aberta durante sua estadia por CP.⁹ O período considerado pelo estudo foi o de 1/1/2000 a 31/12/2007. Com a variável da AIH sobre código de estabelecimento de saúde conseguiu-se identificar os hospitais do estado que prestam serviços de CP.

Analisa-se a informação do Estado do Rio de Janeiro e do município de forma separada. Identificaram-se 4.575 e 2.324, respectivamente, idosos internados na especialidade CP no período de 2001 a 2007.

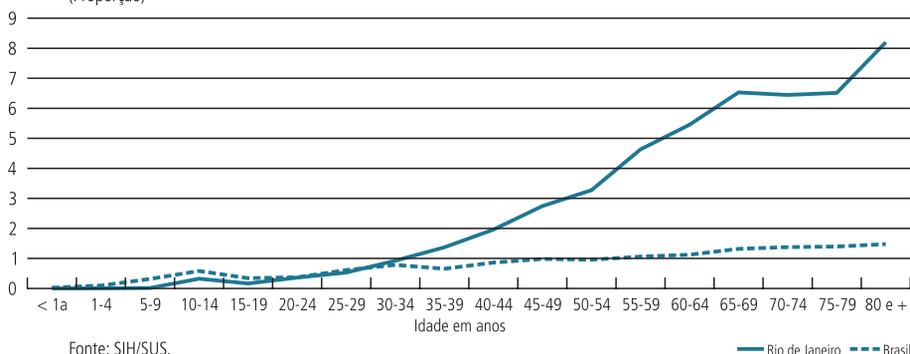
9. Como sinalizado anteriormente, pelos arquivos do SIH-SUS compilados mensalmente, se juntar os arquivos de um ano o idoso terá tantas AIHs quantos forem os meses de internação. Como o período desta pesquisa abrange 7 anos, obtiveram-se 84 arquivos de internações mensais. Sendo a finalidade principal desta pesquisa identificar o tempo, de forma interrupta, que idosos permanecem internados por CP. Foi preciso *linkar* todos os 84 arquivos em um banco só no qual não fosse mais cada uma das AIHs abertas e sim as pessoas idosas que tiveram internação nesse período, conservando as variáveis correspondentes ao início e ao fim (se tiver) da internação por CP entre 2000 e 2007. Em princípio, essa conversão dos bancos deveria ser feita pela identificação do número da primeira AIH aberta, o qual permanece constante durante toda a internação, pareando todos os bancos do SIH referentes ao período estudado (AIH-1 + AIH-5). Mas com a quebra de continuidade da numeração da AIH entre 2005 e 2006 fez-se necessário aplicar uma técnica de *linkagem* (PORTELA *et al.*, 1997) para identificar a permanência das internações de idosos nesse período. Um artigo com explicação detalhada da metodologia utilizada está atualmente em elaboração.

2.1 Avanço da idade e maior chance de internações por CPs

Sabe-se que, com o aumento da idade, aumenta a chance de a pessoa vir a sofrer de doenças crônicas, patologias que têm um ponto em comum: são persistentes e necessitam de cuidados permanentes. Como exemplos dessas doenças estão Alzheimer, hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, doenças cardiovasculares, osteoporose.

No gráfico 1 expõe-se a proporção de internações¹⁰ por CP segundo idade, para o Brasil e para o Rio de Janeiro no ano de 2007. Em primeiro lugar, nota-se que, mesmo nas idades mais avançadas, a internação por CP é pouco frequente. A maior proporção de internações nessa modalidade acontece no Rio de Janeiro entre idosos de idades extremas: 8 de cada 100 internações de pacientes com 80 anos ou mais foram por CP. Em segundo lugar, nota-se que a partir dos 35 anos de idade, e mais ainda a partir dos 55 anos, no Estado do Rio de Janeiro, a modalidade de CP é muito mais usada que na média do Brasil. No estado, entre 60 e 64 anos de idade a internação por CP é quatro vezes maior do que no Brasil. A avançada transição epidemiológica e demográfica do Estado do Rio de Janeiro pode explicar esses resultados que são coerentes com a finalidade da modalidade de CPs, de prestar atenção a pacientes convalescentes e/ou com doenças crônicas.

GRÁFICO 1
Proporção de internação por cuidados prolongados e faixa etária no Estado do Rio de Janeiro e Brasil – 2007
 (Proporção)



O aumento do risco com a idade pode ser observado mais claramente na medida “taxa de internação por CPs”¹¹ (gráfico 2). Nota-se que até os 30 anos de idade menos de 1 pessoa por cada 1.000 foi internada em 2007 por CP. A partir dessa idade o risco

10. Proporção por CP calcula-se como: total de internações por CPs a cada grupo de idade/total de internações por grupo de idade * 100.

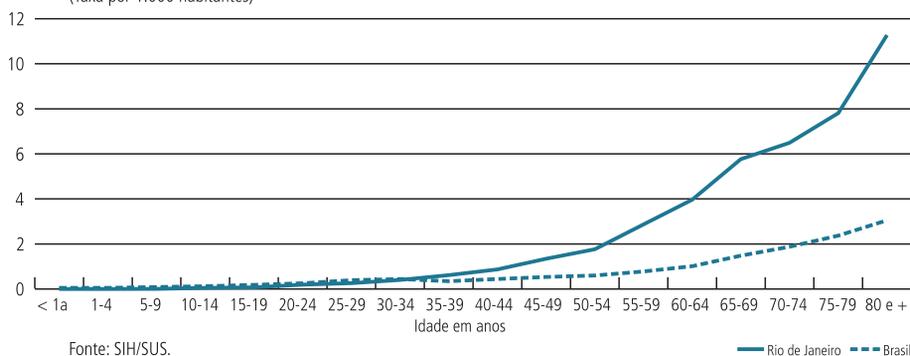
11. Taxa de internação por CP é calculada como: número de internações por CPs a cada grupo de idade/população de cada grupo de idade * 1000.

aumenta aceleradamente, chegando a 4/1.000 e 11/1.000 aos 60 e 80 anos e mais, respectivamente, no Estado do Rio de Janeiro. O risco de internação nessa modalidade é cerca de três vezes superior no estado em relação ao país. Isso pode ter diversas explicações que deveriam ser estudadas em futuras pesquisas. Uma das hipóteses é a menor disponibilidade desse serviço do SUS em outras regiões do Brasil. Outra possível explicação pode ser o impacto negativo que tem o menor desenvolvimento da atenção básica no Estado do Rio de Janeiro. Sabe-se que programas como o Programa Saúde da Família (PSF) podem evitar complicações de internações por doença crônica. Outra possível hipótese é que pelo fato de o estado ter menor fecundidade e, em consequência, famílias reduzidas, a rede de apoio aos idosos é menor.

GRÁFICO 2

Taxa de internação por cuidados prolongados e faixa etária no Estado do Rio de Janeiro e Brasil – 2007

(Taxa por 1.000 habitantes)



2.2 Causas das internações por CPs

Toda internação hospitalar tem, necessariamente, um motivo clínico que a justifique. O mesmo ocorre com as internações por CP. Como nas internações gerais da população idosa, a principal causa de internação dos idosos por CP são doenças do aparelho circulatório, 52% (COSTA *et al.*, 2000). As doenças do sistema nervoso (26%) têm maior peso entre os internados por CP que na população idosa geral, o que pode ser explicado pelo perfil de pacientes e pela necessidade de cuidados que implicam tais doenças crônicas degenerativas (COSTA *et al.*, 2000; KILSZTAJN, 2003). As principais causas de internação por CP são efetivamente doenças que limitam a capacidade de autonomia do idoso e, portanto, requerem, em diferentes graus, o suporte de cuidados até o final da vida.

TABELA 1

Idosos internados segundo o principal diagnóstico no Estado do Rio de Janeiro – 2001-2007

Diagnóstico	Número	%
Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	2.358	51,5
Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	1.187	25,9
Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	450	9,8
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	168	3,7
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	139	3,0
Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	127	2,8
Neoplasias [tumores] (C00-D48)	67	1,5
Doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	65	1,4
Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98)	14	0,3
Total	4.575	100,0

Fonte: SIH-SUS.

2.3 Grau de institucionalização hospitalar por CPs

Analisando o tempo de internação observou-se que mais da metade dos idosos com internações de CP permaneceu no hospital por mais de seis meses, 52%, caracterizando assim a institucionalização de idosos em hospitais por necessidades de CP. Essa constatação fundamenta a afirmação de Gorzoni e Pires (2006) sobre o alto contingente de idosos “institucionalizados” em hospitais do SUS. A tabela 2 apresenta a distribuição proporcional dos idosos internados por tempo de internação segundo sexo.

TABELA 2

Idosos internados por tempo de permanência no município e no Estado do Rio de Janeiro – 2001-2007

Tempo de internação	Estado			Município		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
De 45 dias a 6 meses	48,3	48,2	48,2	46,7	49,7	48,1
De 7 a 11 meses	18,6	16,7	17,6	20,1	15,4	17,8
De 12 a 17 meses	8,6	8,2	8,4	9,8	8,3	9,1
De 18 a 24 meses	9,1	9,4	9,2	8,1	8,1	8,1
Mais de 2 anos	15,5	17,6	16,5	15,3	18,4	16,8
Total	2.296	2.279	4.575	1.206	1.118	2.324

Fonte: SIH-SUS.

2.4 Sobrerrisco masculino de internações de CPs

Observou-se um diferencial por gênero e idade no risco de internação por CP no Rio de Janeiro (tabela 1). Aparentemente, nota-se uma razão equivalente (100,7 homens para cada 100 mulheres), entretanto, quando comparada com a relação razão de sexo da população do estado (70,4) evidencia-se o maior risco masculino nas internações.

TABELA 3

Razão de sexo entre os idosos internados e sobrerisco masculino, segundo faixa etária no município e no Estado do Rio de Janeiro – 2001-2007

	Faixa etária	Razão de sexo da população idosa ¹	Razão de sexo da população idosa internada ²	Risco masculino ³	Razão de sexo da população idosa internada há mais de 6 meses ⁴	Risco masculino ⁵
Estado	60-64	80,4	199,6	2,5	217,5	2,7
	65-69	85,7	163,1	1,9	155,9	1,8
	70-74	69,6	125,4	1,8	133,5	1,9
	75-79	63,0	82,7	1,3	92,5	1,5
	80 e +	53,4	45,6	0,9	46,5	0,9
	Total	70,4	100,7	1,4	107,9	1,5
Município	60-64	74,0	217,5	2,9	274,6	3,7
	65-69	68,9	155,9	2,3	172,2	2,5
	70-74	63,2	133,5	2,1	157,1	2,5
	75-79	56,7	92,5	1,6	82,7	1,5
	80 e +	46,8	46,5	1,0	43,1	0,9
	Total	63,3	107,9	1,7	114,4	1,8

Fontes: SIH-SUS e projeção estatística do Censo de 2000.

Notas: ¹ População masculina/população feminina * 100.

² População masculina internada em hospitais / população feminina internada em hospitais * 100.

³ (2/1).

⁴ População masculina internada em hospitais / população feminina internada em hospitais * 100.

⁵ (4/1).

Como medida de sobrerisco masculino, estimou-se a relação entre a razão de sexo da população internada e a razão de sexo da população idosa do Estado do Rio de Janeiro. Encontrou-se que no grupo de idade de 60 a 64 anos o sobrerisco masculino de internação é quase três vezes maior do que o da população feminina na mesma faixa etária. Quando se considera o município do Rio de Janeiro, o risco masculino ainda é maior (de 3,6) nessa faixa. Somente entre os idosos de maioridade (80 anos e +) as chances de internação por CP é quase equivalente entre sexos talvez influenciado pelo efeito da menor expectativa de vida masculina, o que levaria a não continuar a internação por motivo de morte e não de alta.

Como explicar que homens têm sobrerisco de internações por CP? Algumas hipóteses podem ser sugeridas para explicar os diferenciais de gênero. Por uma parte, o fato de mulheres utilizarem com mais frequência e regularidade os serviços de saúde para exame de rotina e preventivos enquanto os homens procuram serviços de saúde predominantemente por motivos de doença em todas as etapas da vida, inclusive na velhice, pode levar a internações em estágios da doença mais avançados o que levaria à necessidade de prolongar sua internação para cuidados e recuperação (PINHEIRO *et al.*, 2002).

Outra hipótese para explicar o maior risco masculino de internações por CP, inclusive de institucionalmente hospitalar (mais de 6 meses), é a de que o homem conta menos com as redes sociais de apoio familiar e social que as mulheres, apesar de a tipologia de família ser mais tradicionalmente nuclear, inclusive em muitos casos em fase de expansão (ROMERO, 2002). Para mulheres é heterogênea a tipologia de família. Uma de cada duas idosas não mora com cônjuge, muitas moram sozinhas e daquelas que moram acompanhadas, um grande percentual não tem cônjuge e/ou mora com outros parentes. Nascimento (2010) assinala que no Brasil a menor sobre-mortalidade feminina e a maior propensão masculina a recompor sua vida conjugal uma vez viúvo com mulheres mais jovens caracterizam importante diferenciação.

Diferentes por gênero nessa etapa do ciclo vital. Sendo assim, em princípio poderia se esperar que mulheres fiquem “abandonadas” com mais frequência. Entretanto, o estudo de Due *et al.* (1999) mostrou que as redes sociais das mulheres são maiores e mais diversificadas do que a dos homens e que justamente na velhice são menos os pares e mais os filhos, amigos e pessoas conhecidas em associações formais que dão suporte nas etapas de dependência social e de saúde (AIRES; PAZ; PEROSA, 2006). Em concordância com isso, Saad (2003), pesquisando sobre a transferência de apoio informal da população idosa do município de São Paulo, mostrou, no entanto, que uma proporção significativamente maior de mulheres que de homens declarou possuir dificuldades em exercer atividades tanto básicas quanto instrumentais da vida diária, os homens recebem menos ajuda dos familiares e amigos que as mulheres, principalmente em se tratando de atividades básicas.

Uma terceira hipótese para explicar o sobrerisco masculino de internação por CP é a maior vulnerabilidade masculina, desde jovens. Há o alcoolismo (SIMON, 1974), as drogas (JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009) e outros problemas sociais que levam ao isolamento, como mostrado mais adiante na seção 3 deste capítulo, onde analisam-se os resultados das entrevistas.

Esses achados confirmam a necessidade de considerar as desigualdades de gênero no envelhecimento, incorporando-se efetivamente a dimensão masculina. Tradicionalmente, pouco interesse é dedicado às questões significativas em torno da masculinidade, entretanto, o envelhecimento populacional e o aumento da longevidade evidenciam que o homem está muitas vezes em situação desfavorável em relação às mulheres na velhice (CÔRTE; ARCURI; MERCADANTE, 2006). Os autores, numa pesquisa de campo, observaram que o trabalho e as relações sociais que se estabelecem através dele têm uma importância fundamental na formação do sentido da vida, mais para os homens do que para mulheres, tendo em vista a importância social que para eles representa ser responsáveis pelo sustento da família.

Assim, se a velhice está em relação direta com o modo de vida que se teve em fases anteriores do desenvolvimento, torna-se necessário pensar nestas questões culturais que colocam homens e mulheres em situações tão diversas durante a vida.

2.5 Por que se prolongam as internações dos idosos?

Para conhecer os motivos que levam a dar continuidade à internação por um tempo maior que 45 dias, deve-se preencher na AIH-5 uma variável (não presente na AIH-1) chamada “permanência a maior”. As opções de resposta, mencionadas à continuação, evidenciam o caráter do hospital do SUS quanto ao acolhimento não só por motivos clínicos, mas também considerando o entorno social e familiar.

As opções de resposta dessa variável são: *i*) permanência maior por características próprias da doença; *ii*) permanência maior por intercorrência; *iii*) permanência maior por doença crônica; *iv*) permanência maior por impossibilidade de vivência sociofamiliar; e *v*) permanência maior por motivo social. Para este trabalho juntaram-se em dois grupos: permanência por doença (inclui as três primeiras categorias) e permanência por motivo sociofamiliar (inclui as duas últimas categorias).

TABELA 4

Motivos de permanência das internações de idosos por sexo no Estado do Rio de Janeiro – 2001-2007

Motivos para prolongar a permanência	Todas as internações						Internações com mais de 6 meses					
	Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Doença	1.796	78,3	1.873	82,2	3.669	80,2	924	77,8	924	78,2	1.848	78,0
Sociofamiliar	499	21,7	406	17,8	905	19,8	263	22,2	257	21,8	520	22,0

Fonte: SIH-SUS.

Entretanto, é importante salientar que 22% dos homens e 18% das mulheres tiveram como motivo de maior permanência aqueles estritamente de caráter sociofamiliar. Tais proporções aumentam ligeiramente entre os idosos com maior tempo de permanência, ou seja, quanto maior o tempo de internação acentuam-se os casos de pacientes que permanecem por motivo sociofamiliar. Quanto ao tempo de internação desses “pacientes sociais” observou-se na tabela 5 que mais da metade (53%) ficou internada por mais de seis meses. Dentre eles, 21% chegaram a ficar mais de 24 meses internados. Esses achados levantaram a hipótese de que as questões de fragilidade sociofamiliar são agravantes para o aumento do tempo de internação dos idosos. Posteriormente, as entrevistas confirmaram essa hipótese.

TABELA 5

Idosos cujo motivo para prolongar a internação é sociofamiliar por tempo médio de permanência dos idosos no Estado do Rio de Janeiro – 2001-2007

Tempo de internação por motivo sociofamiliar	Número	%
< = 6 meses	385	47
7 a 11 meses	169	14
12 a 17 meses	76	8
18 a 24 meses	87	10
> 24 meses	188	21
Total	905	100

Fonte: SIH-SUS.

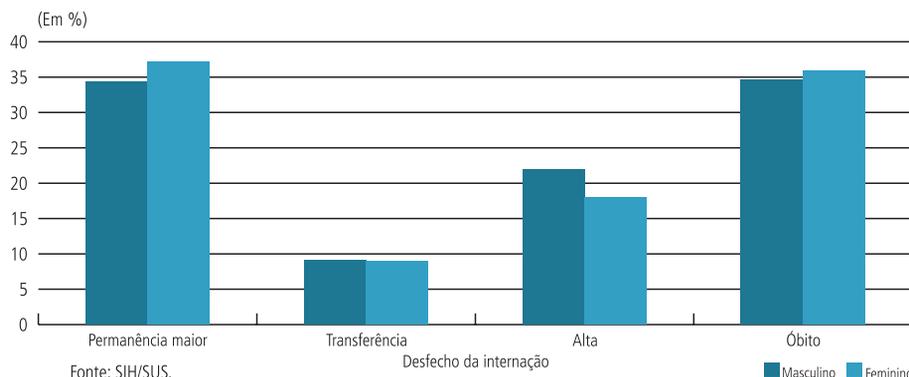
2.6 Desfechos das internações por CP: foi possível a reinserção?

Analisando as últimas AIHs emitidas para cada idoso internado para CP no período analisado, pode-se traçar um perfil do desfecho das internações. Constatou-se que 1.636 (35%), do universo de 4.575, permaneceram internados no final do levantamento, ou seja, ultrapassaram o ano de 2007. Dos que saíram da rede hospitalar, apenas 914 (20%) tiveram alta. No preenchimento da AIH, coloca-se saída por melhora do quadro geral de saúde. Poder-se-ia esperar que fosse por reinserção social, já que esse é o objetivo principal das internações por CP. Altas por transferências aconteceram para apenas 411 idosos (9%). Chama especialmente a atenção que 1.614 (35%) faleceram durante o período da internação por CP.

Como apresentado no gráfico 3, continuar internado (44%) ou falecer (35,3%) no decorrer da internação são as situações mais comuns. Apenas 20% saíram da rede hospitalar para uma instituição de cuidados, como ILPI, ou retornaram ao convívio familiar. Esse indicador demonstra que a internação por CP em muitos casos representa a institucionalização definitiva do idoso, aproximando esses hospitais de instituições asilares.

GRÁFICO 3

Distribuição proporcional por tipo de desfecho das internações por CP segundo sexo no Estado do Rio de Janeiro – 2001-2007



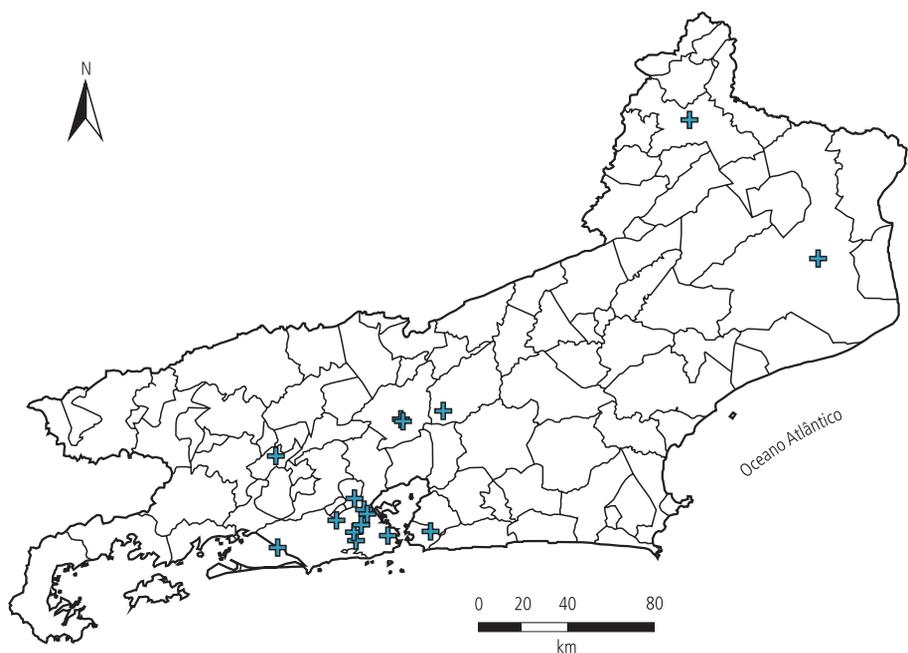
Elias (1983) destaca que, nas sociedades modernas, a morte é vista como um dos maiores perigos biopsicossociais na vida dos indivíduos e que por isso a sociedade impõe muitas vezes o isolamento do processo de declínio da vida, sendo o idoso, em nome de proteção e cuidados, empurrado para os bastidores e excluídos do convívio social. Assim, a rede de atendimento institucional aos idosos, sustentando-se na possibilidade de retardamento da morte biológica, afasta familiares e parentes e provoca uma espécie de morte social. No caso de idosos que continuam institucionalizados e morrem dentro do hospital, o afastamento é resultado de uma complexidade maior de fatores que serão expostos na seção 3 deste capítulo.

2.7 Características dos hospitais de cuidados

Identificaram-se 16 hospitais que prestaram a modalidade de CP de forma interupta no período de 2001 a 2007 no Estado do Rio de Janeiro. Da análise foram excluídas as instituições que, por algum motivo, fecharam ou pararam de emitir AIH por CP. Metade dos hospitais com tais características localiza-se no município do Rio de Janeiro (mapa 1).

MAPA 1

Distribuição espacial dos estabelecimentos de saúde no Estado do Rio de Janeiro



Fonte de dados: CNES.
 Digitalização dos mapas: IBGE.
 Estruturação do mapa: Laboratório de Geoprocessamento/Fiocruz.

□ Municípios do Rio de Janeiro
 + Estabelecimentos de saúde

A partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) identificou-se que todos os hospitais com CP são privados, mas conveniados com o SUS. Destes, cinco são filantrópicos ou empresas sem fins lucrativos e 11 eram empresas com fins lucrativos. No que diz respeito ao tipo de atenção oferecida, observa-se que seis são hospitais gerais e dez são hospitais especializados; três são de média e alta complexidade, 12 de média complexidade, e dois oferecem serviços de atenção básica.

O mapa 1 apresenta a distribuição espacial dos hospitais que realizaram internação de idosos por cuidados prolongados no Estado do Rio de Janeiro entre 2001 e 2007. Observa-se intensa concentração de estabelecimento na capital e municípios adjacentes.

Um importante indicador do grau de relação dos estabelecimentos com o SUS é a proporção de leitos disponíveis para ele. A tabela 6 apresenta este indicador. A proporção varia de 50% até 100%, o que representa uma forte dependência econômica desses hospitais do setor público.

TABELA 6

Proporção de leitos conveniados ao SUS por hospital no Estado do Rio de Janeiro – 2001-2007

Nome/razão social	Leitos de especialidade crônica	Proporção de leitos de crônicos destinados ao SUS
Santa Casa de Misericórdia de Campos	120	100
Hospital Evangélico de Paracambi	1	100
Clínica Geriátrica do Vilar	80	100
Associação Santo Antônio dos Pobres de Itaperuna	80	50
Sanatório de Correias	120	100
Sanatório Oswaldo Cruz Ltda.	80	100
Hospital São Miguel	120	100
Beneficência Portuguesa de Teresópolis	40	92,5
Clínica Jardim América	100	80
Americlin	120	100
Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora das Graças	170	70,6
SCMRJ Santa Casa Hospital Nossa Senhora das Dores	120	66,67
Casa de Saúde República Croácia	40	100
Casa de Saúde Gabinal Ltda.	80	80
Casa de Saúde Jacarepaguá	80	100
Serviços Médicos Leopoldinense (Semel)	80	50

Fonte: CNES.

3 MOTIVOS SOCIAIS OU CLÍNICOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO HOSPITALAR DE IDOSOS POR CP: O QUE DIZEM OS RESPONSÁVEIS DOS HOSPITAIS?

Realizaram-se seis entrevistas semiestruturadas, com duração de cerca de uma hora cada uma, com diretores e assistentes sociais dos hospitais de cuidados prolongados do município do Rio de Janeiro. A realização das entrevistas teve por finalidade aprofundar a discussão das razões que explicam a institucionalização de idosos em hospitais de CP. Dos seis hospitais identificados no município, cinco aceitaram participar da pesquisa.

As entrevistas evidenciaram que, até o momento da internação, muitos idosos eram independentes e por motivo da doença ou agravo à saúde passaram a ser dependentes dentro do hospital. De maneira que o hospital representa a “ponte” entre esses dois estados de saúde, o que muito irá afetar a sua condição de vida. Isso vem ao encontro do afirmado por Elias (1983) quanto à função do hospital como marco simbólico e material de efetivação da morte social, da velhice e do prenúncio da morte inexorável do corpo. É no hospital que a doença ratifica a finitude do indivíduo como sujeito social, pois o despoja de juventude, beleza, produtividade e independência, tão caros à sociedade.

Relatam os entrevistados que a dependência surge ou é agravada com o tempo de internação. “Esses que são dependentes hoje chegaram aqui independentes” (Hospital A). O tempo de internação prolongada afeta não só a capacidade funcional do idoso, mas influencia também o contexto familiar. “Eles ficam dependentes, se tornam inoportunos, querem reivindicar o seu direito e a sua autoridade, não querem entender que não têm mais autoridade e que agora dependem da família” (Hospital B).

A questão familiar foi, por muitos entrevistados, enfatizada como importante variável condicionante da alta de idosos, principalmente para os idosos dependentes de cuidado cotidiano e de saúde. Para as famílias pobres o impacto de ter no lar uma pessoa que precisa de cuidado contínuo é ainda maior, visto que não possuem condições econômicas de contratar o serviço de um cuidador. Neste cenário, é comum o desejo da família de manter o idoso hospitalizado, pela garantia de atenção à sua saúde percebida por este familiar. Como assinala Camarano (2004), embora em nosso país a institucionalização de idosos não constitua uma prática constante, ela ocorre, em especial, quando a família já não pode dispensar os cuidados necessários a um idoso dependente. Culturalmente, as famílias postergam até o seu limite de cuidado a decisão de asilar o seu idoso.

Situações colocadas nas entrevistas fazem refletir as afirmações do sociólogo alemão Norbert Elias (1983) quanto à representação social feita acerca da deterioração física

e cognitiva na etapa do envelhecimento. O envelhecimento representa simbolicamente a antecipação da morte. O medo de morrer, o pavor do fim da vida, é o sentimento que, fragilizando as pessoas, faz com que se estabeleça o afastamento dos velhos e moribundos, separando as pessoas que envelhecem das outras. Essa construção social pode também ajudar a entender o afastamento da família do idoso doente e dependente.

A ausência de um cuidador no domicílio, além das doenças e da perda de independência, é um importante prenúncio da institucionalização do idoso (MAZZA; LEFEVRE, 2004), e esta foi apontada pelos entrevistados como importante barreira para a reinserção social.

A história de vida familiar conflituosa é outro dos fatores que limitam tal reinserção, especialmente entre os idosos do sexo masculino. Os entrevistados colocaram que antecedentes de consumo de álcool, violência contra a mulher e/ou filhos e abandono da família em etapas anteriores da vida são motivos frequentes do abandono do idoso nos hospitais. Com essas histórias reforça-se o papel fundamental que tem o assistente social em tais instituições assim como a necessidade de articulação da rede de cuidados pública.

Nós temos um paciente que morava sozinho num quarto em (...), ele é uma pessoa de temperamento muito forte, largou a mulher e os filhos, batia em todo mundo, largou tudo para lá, nem quis saber. As filhas foram criadas pela avó e pela mulher com muita dificuldade, mas refizeram a vida e ele ficou para lá, sozinho, até que um dia, passou mal. Tem câncer de próstata, um monte de problemas, diabetes grave que está causando cegueira, (...) os médicos dizem que ele não tem condição de operar e, nesse meio tempo, alguém conseguiu chegar até a filha dele, que não via há trinta e cinco anos, porque o pai tinha toda uma história progressa, mas ela veio e passou a visitá-lo e ele ficou superfeliz. E nós fomos trabalhando ela, que acabou criando vínculo de novo com o pai, foi se reaproximando, só que já está na época de fazer alguma coisa com ele, porque vai caracterizar longa permanência. (...). Ela já disse que não tem condição de levar ele para casa, porque o marido não quer, a mãe não quer, ele inclusive a obrigou a ser procuradora dele, ela não queria (...) (Hospital C).

Uma das assistentes sociais relatou o caso de um idoso, internado por dois anos, com seqüela de fratura e necessitando do apoio de muletas para a deambulação. Durante a internação para cirurgia ortopédica, seus documentos foram perdidos e não havia referencial familiar. Este tipo de paciente, que já tinha alta clínica, não teve a *alta social*, pois não havia quem garantisse os cuidados básicos de que necessitava. Tal situação aproxima-se das questões levantadas por outra assistente social, quando afirma: “Eu tenho doentes que não precisariam estar aqui. Se ele tivesse alguém pra trocar fralda, dar banho, comida, levar para tomar um banhinho de sol na cadeira, ele não precisaria estar dentro do hospital” (Hospital B).

Relatos semelhantes são descritos no Relatório do Tribunal de Contas da União, realizado em 1999, com o intuito de avaliar as condições de vida dos idosos internados em hospitais do município do Rio de Janeiro. Os autores do relatório concluem que na maioria dos hospitais os idosos eram pacientes que tinham sequelas de doenças neurológicas e necessitavam de auxílio de terceiros para deambulação, higienização ou alimentação, mas não de cuidados médicos ou hospitalares permanentes.

A tipificação dos pacientes, sistematizada por um dos entrevistados, aponta para as dificuldades de reinserção do idoso na sociedade, quando este é um *paciente médico e social*. Ele identifica três tipos de paciente médico e social: o idoso que não possui documentos ou renda; o que possui documentos, mas não tem residência, e os que possuem renda, família e residência, mas são rejeitados pelo núcleo familiar.

Em todas as entrevistas esteve presente a preocupação e impotência da equipe frente a tantas limitações familiares, econômicas, estruturais, entre outras.

Rejeição familiar é uma variável, rejeição objetiva e subjetiva, e por rejeitar, ela (a família) não vai facilitar nada pro assistente social nem pra equipe do hospital para mudar a realidade (Hospital B).

Nós temos pacientes idosos que não têm família, não têm renda, não têm nada, e nós não podemos pôr na rua e não temos onde colocar (Hospital D).

A hospitalização para CPs também afeta os vínculos familiares e é afetada por eles. Ressaltam os entrevistados que os vínculos com a família são mantidos durante a internação, mas se diluem com o tempo. Quanto maior o tempo de internação, menores os vínculos.

Os vínculos mantidos são caracterizados como econômico ou afetivo, mas não garantem a alta do idoso e o retorno ao núcleo familiar: “Desses 33 casos que falei, tenho 22 pacientes com vínculo familiar e as famílias não têm como assumir (...) Porque o pessoal trabalha, né? (...) Quem vai ficar tomando conta daquele paciente dentro de casa?” (Hospital B). Nessa fala resume-se o efeito da ausência do cuidador no domicílio.

Ressalte-se que as instituições desempenham um papel que ultrapassa o atendimento clínico quando há necessidade de intervir na vida do paciente, no que diz respeito ao contato com a família, localizar um parente que se responsabilize pelo paciente, providenciar nova documentação, providenciar benefícios. Tais colocações reforçam o caráter necessariamente híbrido entre atendimento clínico e social dos hospitais com CP. “Temos que fazer muitas coisas, (que) não é atribuição nossa,

mas, (...) a gente vai até o fim, até onde pode, para esse paciente sair com alguma segurança e até voltar para a sociedade (...) mas esses caminhos são bem difíceis e bem demorados” (Hospital D).

Nesta atuação, uma expressão é utilizada com frequência pelo serviço social: *trabalhar a alta*. Denota o tempo decorrido entre a alta clínica e a efetivação da alta, quando esta acontece; o paciente não foi a óbito. Na ausência de referência e contrarreferência da rede de assistência social, a família torna-se o único lócus de encaminhamento do idoso. Na fala seguinte, percebe-se que a procura da identidade do idoso é condição para o encaminhamento, em primeiro lugar, à família. Sem esse documento, o idoso não pode ser transferido para uma instituição de cuidado nem ser incorporado em programas de atenção básica.

(...) você tem aquele paciente que chamamos de social, que é o paciente alheio a toda a sociedade, ele é sozinho, não tem documento, não tem renda, não tem casa, é morador de rua, aí, é o trabalho que o serviço social faz, a identificação de papiloscopia dele, tentar localizar a existência dele no Brasil, mas aí depende de órgãos públicos e o que era para levar dez dias, leva cinco, seis anos, sei lá! (Hospital D).

Os que são definidos pelos entrevistados como *paciente social* são os que perderam todos os vínculos familiares. Nos casos de abandono familiar efetivo, o hospital precisa intervir junto ao Ministério Público (MP) para que o familiar responsável pela internação reassuma este cuidado.

A relação do hospital com as famílias dos pacientes revela conflitos importantes que permeiam a dinâmica da internação de idosos. Como Goffman (1961) afirmava, a inter-relação por princípio é tensa entre a instituição e a família. O Estatuto do Idoso, no Artigo 16, assegura o direito dos idosos internados a ter acompanhantes (BRASIL, 2003). A princípio, a presença da família em internações para CP seria de grande importância no processo da alta e reinserção dos idosos no ambiente familiar, mas, segundo relato dos entrevistados, esse convívio não se dá sem tensões. Em parte, isto ocorre porque o acompanhante foi introduzido no ambiente hospitalar sem que houvesse estrutura adequada e sem uma preocupação de envolvê-lo no processo de cuidados.

Existe uma lei do idoso que nos obriga a ceder uma cadeira para acompanhar o idoso, principalmente à noite. Nós pedimos, quando é mulher, que venha uma mulher acompanhando. Se é homem, que venha um homem ou, então, uma mulher. É difícil. Tem algumas que chegam aqui, ocupam um leito vazio do lado, deitam, dormem e esquecem que precisam olhar. E quando vêm de fora? Aí é que o médico fica maluco: “P (...), não tá descendo com a insulina, não tá descendo (...) essa glicose dessa mulher não tá descendo nem a pau!” A visita vem, traz goiabada, marmelada, bolo (...) quer matar o cara. Quando passa uma visita dessas carregando um embrulho: “psiu! O que é isso? Pra quem é isso? Não, é pra eu comer. Bom, não vai dar pro velho não, que vai matar ele (...)” (Hospital E).

Sobre a convivência dos familiares com os profissionais de saúde no ambiente hospitalar, cita-se a experiência positiva de Schier, Gonçalves e Lima (2003), que através do Programa de Acompanhante Hospitalar para Pacientes Geriátricos, na Unidade de Clínica Médica II, do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), não apenas garante a presença de um acompanhante para o idoso internado, conforme preconizado pela Portaria MS nº 280/1999,¹² como capacita os mesmos para o processo de cuidado, tratamento e recuperação necessários àquele idoso. O programa, tido como essencialmente educativo, considera o familiar parte do processo de tratamento do idoso, considerando a sua condição de vida e saúde. Percebe-se que este familiar, no momento da alta, sente-se mais confiante para dispensar cuidados ao idoso. O programa traz outro aspecto interessante: lida com os mitos e preconceitos que regem muitas das práticas dos profissionais de saúde, no que tange aos valores familiares. Muitos, sem entender as condições de vida e saúde da família de determinado idoso, julgam como falta de amor e de compromisso moral a ausência de visitas, em especial quando se aproxima o momento da alta. Esta crítica, ora aberta, ora velada, mais afasta do que aproxima o familiar da equipe, em parte pelo constrangimento de expor a sua incapacidade de oferecer cuidados no domicílio, por exemplo, por precariedade financeira. A aproximação oferecida pelo programa permite, ao menos, a busca de alternativas de cuidado.

No que se refere ao processo da alta dos idosos, quando a relação entre o hospital e a família do idoso chega ao nível máximo de saturação, faz-se necessária a intervenção de outras instâncias. Segundo as falas dos entrevistados, o MP é praticamente a única instituição parceira dos hospitais nos casos de resistência familiar em levar o idoso para casa ou de abandono efetivo no hospital. Situação similar é relatada por Lemos (2009), quando analisa os casos de denúncias no MP de abandono familiar. O autor encontra que na maioria dos casos os profissionais insistem com as famílias que levem o idoso para casa, mesmo que sejam ambientes domésticos que não garantam a qualidade do cuidado. Esgotadas as possibilidades de negociação com a família, Lemos observou que, mesmo a contragosto dos assistentes sociais, os casos são encaminhados para o MP. Este, por sua vez, definirá para onde encaminhar os idosos.

(...) o paciente fraturou a perna e veio para cá, ele já tinha dado entrada no Ministério Público contra maus-tratos e uso indevido do dinheiro dele (...), essa sobrinha veio, ameaçou todo mundo, não queria

12. Artigo 1º Tornar obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados (BRASIL, 1999a).

dizer quem era responsável pela procuração, ficava enrolando, a gente ligava para ela trazer as coisas e não trazia, mas agora o Ministério Público está agilizando muito, modificou bastante, eles estão trabalhando muito, não sei dizer o que foi modificado, mas nesse sentido estão fazendo um trabalho muito bom, eles vieram aqui e nós colocamos o que estava acontecendo, ela foi chamada pelo Ministério e uma juíza tirou dela, fez uma curatela e na semana passada, essa sobrinha foi chamada na delegacia para responder por maus-tratos (Hospital D).

A carência de rede de suporte social, tanto da assistência como dos serviços de saúde de atenção básica, também foi apontada como causa que limita a função do hospital de reinserção à sociedade dos pacientes idosos internados por CP.

(...) ano passado mesmo a prefeitura chegou aqui com uma ordem para que nós fizéssemos uma relação de pacientes em condições de sair e que necessitassem de ILPI (...) nenhum saiu. O apoio da parte social da X não existe em nada. Desenvolvimento Social e a Secretaria de Saúde não se falam. (...). Eu estou com um paciente cego, novo, quarenta e poucos anos, ele veio de um asilo de cegos da X que fechou, vítima de atropelamento. O paciente está bom, eu faço o que com esse paciente? Jogo na rua? Já se tentou, a gente escreve, mas não temos retorno de nada. Eu recebi deles uma relação de asilo e abrigos etc, 99% é no mínimo um salário mínimo e por aí vai, tem de dez salários, agora gratuito, quando tem, não querem pacientes dependentes de nada (Hospital A).

O PSF e o Programa de Cuidados Domiciliares foram citados como alternativas importantes, mas ainda incipientes, para a reinserção de idosos na família. A seguinte entrevista refere-se a um caso de idoso não internado pelo SUS, mas com problemática para pagar cuidados especializados dentro de casa.

(...) semana passada, recebemos uma idosa de noventa e um anos, que estava na (...). A família até tem condições de ficar com ela em casa, mas esse tipo de enfermagem eles não podem pagar e o convênio não vai cobrir e ela, ficando aqui, vai ter assistência completa, porque, se for pagar os enfermeiros devidos, o custo fica muito maior! E ela tem uma dependência, precisa trocar fraldas, precisa se alimentar, precisa que alguém dê banho, então, aqui é cuidada no que eu chamo "full time", tempo integral. Se você leva para casa, quanto vai ser o custo? Se você chamar um médico em casa, quanto custa uma visita médica? Ainda bem que agora o PSF está ajudando, mas ainda é pouco! Esses dias tivemos até uma palestra sobre esses cuidados com o idoso em casa (...) se você for ao hospital com esse idoso, para fazer um tratamento ou exame, tem que chegar antes das cinco da manhã, pegar uma ficha, para ser atendido no outro dia, enquanto se já estiver aqui, você já é atendido! (Hospital C).

Convém ressaltar que esta necessidade de "trabalhar a alta" não é prerrogativa apenas dos assistentes sociais, em estabelecimentos de saúde, e com pacientes idosos dependentes. Como relatam Franco e Merhy (2008), os profissionais do Programa de Atenção Domiciliar (PAD), dos serviços de saúde suplementar, também encontram dificuldades na suspensão deste atendimento, quando da alta

clínica do paciente, pelo fato de os familiares apresentarem resistência em assumir os cuidados com os pacientes, após terem “vivenciado o PAD. Há casos de ações judiciais para manutenção do Programa de Atenção Domiciliar, mesmo que nos critérios da equipe e prestadora não haja indicação técnica para isso” (FRANCO; MERHY, 2008, p. 1.514). Tal fato exige um desligamento gradativo, incorporando à atenção clínica a capacitação do familiar para o cuidado ao paciente, de forma que se sintam mais seguros ao se verem sozinhos.

Dessa forma, o abandono do idoso por parte de seus familiares deve ser entendido também como efeito da falta de suporte social e governamental às famílias.

Uma das entrevistadas relata um caso em que o filho justificava a impossibilidade de levar sua mãe para casa por medo de não poder dar atenção médica adequada caso a senhora piorasse seu estado de saúde. Essa angústia familiar foi retratada na seguinte fala: “(...) ele mora numa área de risco, aqui na Cidade Alta, em Cordovil, e disse pra mim o seguinte outro detalhe é que eu não posso levar minha mãe. Moro numa área de risco, se a minha mãe passar mal à noite – aqui eu tenho muitos casos assim – ‘a SAMU não entra’” (Hospital B).

A criminalização do abandono dos idosos em hospitais e asilos foi um avanço importante no âmbito da proteção social dos idosos, mas gerou a “super-responsabilização” da família em detrimento da responsabilidade coletiva representada pelo Estado, como afirmado por Lemos (2009). Um exemplo disso é o caso relatado numa das entrevistas quando questiona a legitimidade de possíveis decisões da Justiça, baseado no Estatuto do Idoso, que pode obrigar a família a cuidar de um homem idoso “abandonado” quando ele no transcurso de sua vida deixou seus filhos e sua mulher.

(...) a partir do momento em que a gente manda o caso social, elas vão à residência, ao local; e estudam o caso social para ver se realmente a família tem ou não condição (...) eu falei com essa filha, que está muito aflita, porque a mãe chora, o marido briga com ela, e ela está com problema de saúde, e pedi a ela que ficasse calma e, se ela permitisse, eu ia pedir ao juiz um curador, que arrumasse um local para que ele ficasse e ela disse que ficaria só como filha, ficaria com a parte afetiva, de vir visitá-lo. Eu acho que é uma boa solução, pelo menos, não perde o vínculo afetivo e resolve um problema (Hospital C).

As famílias que não possuem meios para prover os cuidados aos seus idosos (contratar cuidadores ou colocar em uma ILPI) vivem uma situação de desamparo com relação ao Estado. Lemos (2009) defende que a criminalização do abandono soa como um encobrimento que desvia a atenção do aspecto que deveria ser considerado crucial para a resolução do problema: uma política consistente e concreta de apoio ao idoso em situação de dependência, marcada pela ação combinada da

família e do poder público. Essa criminalização, quando desvinculada de uma política social sistemática, mascara a falta de comprometimento efetivo do poder público para com a velhice fragilizada.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo refletiu-se sobre a problemática e os desafios para o SUS e para a sociedade em geral, que representa o contingente de idosos que prolonga o tempo de permanência nos hospitais por problemas de reencaminhamento à família ou a uma instituição de moradia que garanta a continuidade dos cuidados, especialmente entre aqueles com algum grau de dependência.

Do ponto de vista do papel do Estado na assistência à população idosa observa-se que a intensa transição demográfica e epidemiológica no Brasil não está sendo acompanhada de adequadas e suficientes mudanças das políticas públicas e das estruturas, e funcionamento, da rede de suporte social relativa aos idosos. A demanda de serviços e estabelecimento de cuidados para os idosos, especialmente para aqueles com algum grau de dependência física e econômica, é uma questão urgente que precisa ser colocada em diferentes âmbitos da sociedade brasileira.

No Brasil, existe uma legislação avançada relativa à proteção social para a população idosa.¹³ Quanto à assistência à saúde, diversas portarias tratam o assunto das redes estaduais de assistência à saúde. O MS, por meio da secretaria de atenção à saúde, orienta como devem se organizar as redes estaduais de atenção à saúde do idoso. Segundo o manual técnico do MS (BRASIL, 2002), as redes devem ser organizadas por hospitais gerais e centros de referência em assistência à saúde do idoso adequados a oferecer diversas modalidades assistenciais: internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar, constituindo-se em referência para a rede de assistência à saúde do idoso. Mas o que existe atualmente no estado e município é uma débil rede de assistência às necessidades específicas dessa população. A falta de vagas em ILPIs, a frágil rede de atenção primária do Estado do Rio de Janeiro com baixa cobertura do PSF, a inexistência de uma rede de referência e contrarreferência compromete ainda mais a situação de fragilidade dos idosos carentes que precisam de cuidados.

Pela Portaria GM/MS nº 2.413/1998 (BRASIL, 1998) de CPs, o MS, na busca pela integralidade, explicita seu papel híbrido de unidade médico-social, através do exercício de atividades de reinserção social para aqueles internados por doenças crônicas ou outras causas que precisem de cuidados de menor complexidade.

13. Sobre esse tema, ver capítulo de Camarano e Mello neste livro.

O trabalho de reinserção social pode ser considerado essencial devido ao papel importante do hospital no binômio doença–cuidado assim como a relevância do setor saúde na proteção dos idosos. Com adequado encaminhamento da atenção e cuidados poderiam se evitar conflitos e maus-tratos aos idosos dependentes nas famílias com limitações para o cuidado cotidiano do mesmo (WOLF; DAICHMANN; BENNETT, 2002; MINAYO, 2003; CAMMER PARIS, 2010). Os relatos dos entrevistados mostraram a necessidade imperiosa da articulação da rede de cuidado e proteção ao idoso para que a reinserção social (finalidade última da hospitalização por CP) possa ser possível e assim diminuir o número de idosos institucionalizados nesses hospitais.

No Estado do Rio de Janeiro, por meio dos dados das AIH-SUS, encontraram-se 4.575 idosos internados por CP no período de 2000 a 2007. Apenas 20% dos casos atingiram o objetivo mencionado na portaria: a reinserção social. O restante de idosos ou saiu por óbito ou continuou internado. Outro importante achado é a grande proporção de internações com duração superior a dois anos (53%) e a relação negativa que existe entre tempo de internação e reinserção social. Em outras palavras, quanto mais tempo o idoso passa internado menor é a chance de vir a ser reinserido na sociedade. As entrevistas confirmaram esses achados e apontaram que o tempo prolongado da internação dos idosos deteriora os laços familiares dificultando a alta do paciente.

Outra constatação importante obtida a partir da análise das informações das AIH-SUS é a significativa desigualdade no risco de internação entre os gêneros. Os homens, em situação de fragilidade por doença crônica ou agravo da saúde, apresentam três vezes mais risco de internação do que as mulheres na mesma faixa etária no Estado do Rio de Janeiro. Esse achado vai ao encontro dos estudos que, desde os anos 1990, questionam a tradicional afirmação de “mulher é mais doente e frágil que o homem” (MACINTYRE, 1993; MARKS, 1996; ARBER; COOPER, 1999; LAHELMA *et al.*, 1999; ROMERO, 2002) pelo menos na etapa da velhice. Ao analisar as causas de abandono dos familiares do idoso junto aos responsáveis dos hospitais, a história de violência familiar transgeracional foi apontada como um importante fator de risco, como colocado por outras pesquisas que analisam a violência doméstica ao idoso (WOLF; DAICHMANN; BENNETT, 2002; MINAYO, 2003). Apontam que, principalmente, homens são abandonados em hospitais de CP porque ao longo da vida viveram afastados de seus familiares ou não construíram família.

A partir da análise dos dados do SIH e das entrevistas, observou-se que a presença de algum tipo de dependência traz, principalmente para as famílias de baixa renda, um grave problema de organização para a prestação de cuidados

cotidianos a esses idosos. Essas famílias passam então a entender o hospital como um lugar de melhor cuidado e amparo que sua própria casa, apesar de as políticas de atenção ao idoso defenderem que é o domicílio o melhor local para o idoso envelhecer e que permanecer junto à família representa a possibilidade de garantia da autonomia e preservação da identidade e dignidade.

Os responsáveis pela reinserção social (assistentes sociais, psicólogos, diretores do hospital e MP) encontram sérias dificuldades para diminuir o tempo de internação, dada a carência de instituições, como ILPIs, onde possam ser encaminhadas pessoas sem vínculo familiar ou com famílias carentes de possibilidades de cuidado cotidiano.

Algumas reflexões sobre propostas para diminuir o tempo de internação de idosos por motivos não estritamente clínicos podem ser propostas. Em primeiro lugar, o hospital deveria ser um “interlocutor” entre idosos e pacientes, família e rede social, na busca pela adaptação à situação de fragilidade e os cuidados que este envolve. Nesse sentido, Louvison e Barros (2009), analisando as políticas públicas e desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS, apontam que duas importantes ações intersetoriais poderiam incidir diretamente na qualidade de vida do idoso de maior vulnerabilidade: o estabelecimento de redes de cuidadores de idoso e a melhoria da qualidade das instituições asilares. Além dessas duas ações intersetoriais, os centros-dia de cuidados também poderiam contribuir para a redução das internações, permanência e utilização de leitos hospitalares do SUS pela população idosa.

Em segundo e último lugar, ações integradas com capacitação, formação e oferta de cuidadores de idosos são também desafios para serem enfrentados não somente no SUS, mas em todos os âmbitos da sociedade. A criação de uma rede de cuidado para o idoso deve ser entendida como uma necessidade da sociedade, com a finalidade de estabelecer um pacto pela vida, com políticas saudáveis para a integração intergeracional.

REFERÊNCIAS

- AIRES, M.; PAZ, A. A.; PEROSA, C. T. O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. *RBCEH-Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 3, p. 79-91, jul./dez. 2006.
- AMARAL, A. C. S. *et al.* Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 1.617-1.626, jul./dez. 2004.
- ARBER, S.; COOPER, H. Gender differences in health in later life: the new paradox? *Social Science and Medicine*, v. 48, n. 61, p. 70, 1999.

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 1, p. 19-30, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde* nº 8.080. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 2.413*, de 23 de março de 1998.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 280/MS*, de 07 de abril de 1999a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.395/GM*, de 10 de dezembro de 1999b.

_____. Ministério da Saúde. *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias relacionadas*. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Estatuto do idoso*. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.528*, de 19 de outubro de 2006.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 11-18.

CAMARANO, A. A. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CAMMER PARIS, B. E. Violence against elderly people. *Mt.Sinai Journal of Medicine*, New York, v. 63, p. 97-100, 2010.

COELHO, M.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333, 2009.

CÔRTE, B.; ARCURI, I. G.; MERCADANTE, E. F. (Org.). *Masculin(idade) e velhices: entre um bom e mau envelhecer*. São Paulo: Vetor, 2006.

COSTA, M. F. F. L. *et al.* Diagnóstico da situação da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 9, n. 1, p. 23-41, 2000.

CRUZ, J. M. O. *et al.* Cuidados com idosos: percepção de idosos e de profissionais de saúde sobre maus tratos no espaço familiar. *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro: Unati, v. 6, n. 2, p. 57-76, 2003.

DUE, P. *et al.* Social relations: network, support and relational strain. *Social Science and Medicine*, v. 48, n. 5, p. 661-673, Mar. 1999.

ELIAS, N. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1983.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1972.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1.511-1.520, 2008.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; JORGE, M. H. P. M.; KOIZUMI, M. S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 50, n. 1, p. 97-103, 2004.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1961.

- GORZONI, M. L.; PIRES, S. L. Idosos asilados em hospitais gerais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1.124-1.130, 2006.
- GROISMAN, D. Duas abordagens aos asilos de velhos: da clínica Santa Genevêva à história da institucionalização da velhice. *Cadernos de Pagu: gênero em gerações*, p. 163-190, 1990.
- GUERRA, H. L.; GIATTI, L.; LIMA-COSTA, M. F. Mortalidade em internações de longa duração como indicador da qualidade da assistência hospitalar ao idoso. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 13, n. 4, p. 247-253, 2004.
- JINEZ, L.; SOUZA, J.; PILLON, S. Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, 2009.
- KILSZTAJN, S. *et al.* Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 20, n. 1, p. 93-108, 2003.
- LAHELMA, E. *et al.* Gender differences in illhealth in Finland: patterns, magnitude and change. *Social Science and Medicine*, v. 48, n. 7, p. 19, 1999.
- LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M.; CARATIN, C. V. S. Ischemic heart disease. Hospitalization, length of stay and expenses in Brazil from 1993 to 1997. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 74, n. 6, p. 488-492, 2000.
- LEMO, C. E. S. A solidão judicializada e solidariedade intergeracional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 14. Rio de Janeiro, 2009.
- LOUVISON, C. P.; BARROS, S. Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS/SP. *Boletim do Instituto de Saúde (BIS)*, n. 47, p. 9-15, 2009.
- MACHADO, L.; GOMES, R.; XAVIER, R. Meninos do passado: eles não sabiam o que os esperava. *Insight Inteligência*, v. 15, p. 37-52, 2001.
- MACINTYRE, S. Gender differences in the perception of common nold symptoms. *Social Science and Medicine*, v. 36, n. 1, p. 15-20, 1993.
- MARKS, N. Socioeconomic status, gender and health at midlife: evidence form the Wisconsin Longitudinal Study. *Research in the Sociology of Health Care*, v. 13, p. 133-150, 1996.
- MAZZA, M. M. P. R.; LEFEVRE, F. A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 68-77, 2004.
- MINAYO, M. C. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003.
- _____. *Violência contra idoso: o avesso do respeito à experiência e à soberania*. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.
- NASCIMENTO, M. Feminização do envelhecimento populacional: expectativas e realidades de mulheres idosas quanto ao suporte familiar. In: WONG, L. R. (Org.). *O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade. Subsídios para políticas orientadas ao bem estar do idoso*. Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG/ABEP, 2010. p. 191-218.
- NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O sistema único de saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L. *et al.* *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 435-472.
- PAIM, J. S. *O que é SUS?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 25-41.

PINHEIRO, R. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 777-794, 2002.

PORTELA, M. C. *et al.* Algoritmo para a composição de dados por internação a partir do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH-SUS). Composição de dados por internação a partir do SIH-SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 771-774, 1997.

ROMERO, D. E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no *status* de saúde dos idosos brasileiros. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 777-794, 2002.

SAAD, P. M. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. *SABE-Saúde bem-estar e envelhecimento - o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 203-210.

SCHIER, J.; GONÇALVES, L.; LIMA, M. Programa de acompanhante hospitalar para paciente geriátrico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, n. 1, p. 61-68, 2003.

SIMON, R. Prevenção primária do alcoolismo: esboço de programa para população urbana brasileira. *Revista de Saúde Pública*, v. 8, n.3, p. 249-255, 1974.

WOLF, R.; DAICHMANN, L.; BENNETT, G. Abuse of the elderly. In: KRUG, E. G. *et al.* (Ed.). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002. p. 123-145.

COMO ESTÃO SENDO CUIDADOS OS IDOSOS NO FINAL DA VIDA?

Claudia Burlá*

Ligia Py**

Eloisa Adler Scharfstein***

Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano do outro torna-se um radar de alta sensibilidade; se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria.

Leo Pessini

1 INTRODUÇÃO

Esta primeira década do século XXI, herdeira do quantitativo nunca antes existente de pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas em todas as faixas etárias e em crescimento contínuo, vem sinalizando para a necessidade de adaptação dos modelos assistenciais na área da saúde. Esta realidade se faz notória quando focamos no que vem acontecendo no atendimento às pessoas idosas doentes no seu final da vida.

É de se lamentar a forma pouco apropriada e, em algumas situações até desumanas, com que esses idosos são assistidos, submetidos a tratamentos enormemente invasivos que, sem trazerem qualquer benefício, tornam os doentes vítimas indefesas das condutas instituídas. Parece que isto é resultante de uma crença profissional de que este é o tratamento devido, sem qualquer questionamento sobre os resultados operacionais e sobre os efeitos na subjetividade do paciente idoso.

* Geriatra e doutoranda do Curso de Doutorado em Bioética da Universidade do Porto (Portugal) e Conselho Federal de Medicina (Brasil).

** Presidente da Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008-2010.

*** Presidente do Departamento de Gerontologia da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção Rio de Janeiro, 2008-2010.

Ainda mais grave é o caso dos idosos com doença terminal, residentes em ILPI. O processo de morrer é – ou deveria ser – a coroação de uma história de vida, um ato solene em que o doente é o protagonista; familiares e amigos contracenam com ele, ratificando a história dele e integrando-a na sua própria. Longe, muito longe da sua casa de origem, às vezes sem nenhum familiar, a instituição, se não cumpriu o seu papel de “novo lar”, condena esse idoso ao vazio que lhe antecipa a morte sem despedida.

Cremos ser inaceitável que a falta do conhecimento específico continue reinando entre profissionais bem treinados e com boa formação. Uma prática sem crítica sistemática e reavaliação periódica torna-se a estagnação de um ato mecânico. Instituições de longa permanência são lugares que exigem profissionais com formação específica para responder às peculiaridades de cada uma. Muito particularmente, no caso da terminalidade da vida, a estrela do processo de tratamento e cuidado é o paciente. Este velho ser biográfico carece de uma relação comunicacional aberta e sensível à sua condição, para que possa exercer a sua autonomia e participação no processo decisório em relação às possibilidades de intervenções, tanto quanto em relação à sua própria forma de se despedir da vida.

É curioso como na era da alta biotecnologia, uma modalidade de atendimento a pessoas que estão morrendo revele uma intervenção interdisciplinar com ares revolucionários: um olhar apressado não captura a dimensão do Cuidado Paliativo, uma práxis na área da saúde que integra conhecimento científico, interpelação bioética e sensibilidade diante do sofrimento humano.

O conceito de Cuidados Paliativos evoluiu ao longo do tempo acompanhando o desenvolvimento desta modalidade de atendimento em muitas regiões do mundo. O mais instigante em relação ao conceito dos Cuidados Paliativos é que a referência é a pessoa doente, suas necessidades especiais envolvendo a família e não o órgão comprometido, a idade ou o tipo de doença. Tradicionalmente, os Cuidados Paliativos eram vistos como sendo aplicáveis exclusivamente no momento em que a morte era iminente. Hoje, os Cuidados Paliativos são oferecidos no estágio inicial do curso de uma determinada doença progressiva, avançada e incurável (PESSINI, 2005, p. 108).

Este capítulo visa refletir como os cuidados paliativos esmiúçam esta modalidade de atendimento, cuja ênfase é direcionada às questões relacionadas aos pacientes idosos residentes em instituições de longa permanência, no seu final de vida. Num primeiro momento, discutimos algumas ideias sobre a família como *locus* ideal para o final da trajetória da vida dos idosos, no contraponto das instituições de longa permanência, como *locus* de acolhimento e cuidado diferenciados para esses idosos. Seguimos com uma reflexão sobre a finitude humana e a iminência da

morte na velhice; valemo-nos do texto de uma conferência da pesquisadora Wilma da Costa Torres, pioneira dos estudos tanatológicos no Brasil e nossa mestra maior. Daí, partimos para uma apresentação dos cuidados paliativos como prática de eleição para o atendimento aos idosos ao fim da vida, particularizando-se aqueles que, saindo dos seus lares, por motivos vários, passam a residir em instituições de longa permanência. Concluindo este texto, passamos às considerações que apontam para a formação profissional em palição como via régia para o atendimento competente, apropriado e humanista aos idosos no final da vida em seus novos lares.

2 LUGARES DE VIVER E MORRER

O sucesso das transformações sociais, ao acolherem o envelhecimento saudável, é proporcional à precariedade dos mecanismos de que dispomos para lidar com a velhice frágil e dependente. Cabe-nos, assim, indagar: como a sociedade atual, fundada em pressupostos que defendem a liberdade individual e a autonomia, atende às demandas de seus cidadãos mais longevos que podem estar saudáveis e autônomos, mas também frágeis e dependentes?

Nesse cenário marcado por laços sociais que se afrouxam na dinâmica das relações afetivas da sociedade contemporânea, situamos a problemática da velhice institucionalizada na vida brasileira. A velhice incômoda ao ambiente das famílias e das residências contemporâneas. O que fazer, por exemplo, com aqueles idosos que não envelhecem com saúde, que padecem de doenças incapacitantes e de dificuldades financeiras? Ou com os que não se sentem confortáveis residindo com os familiares? Com os que sofrem violência na intimidade doméstica? Ou ainda com as mulheres idosas que começam a se sentir inseguras para administrar sozinhas as suas vidas na própria casa?

Vimos observando que, com frequência, as soluções encontradas pelos familiares para os cuidados aos idosos em suas residências envolvem altos custos financeiros e uma significativa sobrecarga emocional, não raro afetando o próprio idoso que acaba se assumindo como “um peso” ou um “rejeitado” (SCHARFSTEIN, 2006).

O tema é complexo e desconfortável na medida em que nos remete à problemática do envelhecimento frágil e dependente como também questiona a crença do imaginário cultural brasileiro de que a família é o lócus ideal para os cuidados aos seus velhos. Na percepção de Oliveira (2004, p. 21), “o tema se constitui nas marcas do tempo, nas relações entre as gerações e os valores que aí se articulam; e como é difícil falar de valores e de gerações por sobre um tempo que escorrega, corre como um rio que vai nos carregando.”

Ainda Oliveira (2004, p. 22-23), recorrendo a Roberto Da Matta (1985), nos fala que é “na família e suas circunstâncias que se criam pontes, contrastes,

oposições, trocas e complementaridades”. Prossegue o autor nos alertando: “O sentido maior da família, creio, está na permanência da identidade de cada um de seus membros. Na riqueza dessas identidades. Cada um sendo sujeito de seu próprio projeto (OLIVEIRA, 2004, p. 31).”

E quando nessa família se dão por findas as condições de um idoso permanecer habitando sob o mesmo teto? Para onde ele vai? Quem o acolherá? Quais serão os agentes dos seus cuidados? Como prosseguir a sua caminhada até a morte, sendo ele o protagonista da sua própria história?

Estas são apenas as razões mais prementes que nos põem a pensar nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) como lugares de moradia, não só para idosos dependentes que requerem cuidados gerontogeriátricos, mas também para os razoavelmente saudáveis, que preferem uma moradia coletiva mais condizente com a sua realidade, sua vontade e sua necessidade.

Freud, no texto *O Estranho* (1980b), diz que a temática da estética se refere não apenas à teoria da beleza, mas à teoria das qualidades do sentir. Os tratados de estética ocupam-se com o que é belo e atraente, evitando lidar com os sentimentos opostos que evocam repulsa e aflição. Dessa forma, Freud nomeia “estranho” aquilo que é assustador, que provoca medo e horror. O termo “estranho”, tradução da palavra alemã *unheimlich*, significa o oposto do que é familiar. Foi traduzida em inglês por *uncanny*, *unhomely*, que se referem ao que não é doméstico, não é caseiro, o que não é simples, o que é rude (FREUD, 1980b, p. 237).

Porém, prossegue Freud, embora sejamos tentados a concluir que aquilo que é “estranho” seja assustador, exatamente por não ser conhecido e familiar, não podemos nos esquecer de que nem tudo que é novo e não familiar seja assustador. Sendo assim, ele propõe um entendimento para “estranho” que vai para além da equação “estranho = não familiar”. E diz:

Em primeiro lugar, se a teoria psicanalítica está certa ao sustentar que todo afeto pertencente a um impulso emocional, qualquer que seja a sua espécie, transforma-se, se reprimido, em ansiedade, então, entre os exemplos de coisas assustadoras, deve haver uma categoria em que o elemento que amedronta pode mostrar-se ser algo reprimido que retorna.” (FREUD, 1980b, p. 258)

Assim, a realidade de idosos que moram fora do seu contexto familiar pode gerar um sentimento intenso de estranheza, na medida em que evoca ansiedades precoces decorrentes de suas vivências pessoais de desamparo e abandono, incapáveis à condição humana. Ademais, em se tratando de pessoas muito idosas, a proximidade da morte torna-se real. Estamos caminhando, portanto, em um terreno

que é, por excelência, “estranho”, pois a velhice, associada à doença, à pobreza, ao abandono e à morte, amedronta e ameaça a psique humana.

Lembramos do filme do diretor japonês Shohei Imamura, de 1983, *Balada de Narayama*, baseado numa lei de sobrevivência decorrente da escassez de comida existente na aldeia de Moto-Mura, no interior do Japão. De acordo com os costumes ainda medievais dessa comunidade, a tradição exige que aqueles que atingem setenta anos sejam levados ao alto da montanha de Narayama, onde habita um deus, e lá devem morrer. O diretor apresenta de maneira comovente a peregrinação do filho Tatsuhei com a velha mãe Orin.

Mulher participante, ativa e querida na vida familiar e comunitária, tendo ajudado esse filho viúvo a criar os três netos, é agora carregada por ele para o alto da montanha. A tristeza do filho é indisfarçável, laços amorosos o unem a essa mãe. Na descida da montanha, Tatsuhei vê um filho largando o pai em uma situação bem distinta da sua: o velho está amarrado, como um pacote, gritando e se debatendo, até que é lançado montanha abaixo.

O filme retrata, assim, que a subida a Narayama pode significar o cumprimento de uma exigência integrada na cultura, de forma serena, ao encontro do deus, como no caso da velha Orin, ou a agonia do velho que é atirado impiedosamente à morte pelo filho.

Acreditamos que a dificuldade de lidarmos com a problemática das ILPIs no contexto da cultura brasileira em muito se assemelha à peregrinação ao topo da congelada Narayama, na forma como o filho atira o pai montanha abaixo.

Contudo, acreditamos também que, contrariando a crença de que a família é o lugar ideal de amparo e aconchego, a ILPI possa apresentar-se no mundo atual como uma resposta eficiente e humanitária aos problemas de residência dos nossos velhos que assim o desejem ou necessitem.

As ILPIs devem destinar-se ao acolhimento e aos cuidados ao idoso, conforme o seu grau de dependência, criando serviços especializados para atender às diferentes demandas dos residentes, com base na Portaria nº 73/01 SAS. No entanto, apesar das recomendações legais, grande parte dessas instituições brasileiras ainda apresenta estruturas constrangedoras para a realização de uma prática de cuidados que verdadeiramente atenda às necessidades dos idosos.

Na cultura brasileira, a origem da problemática do idoso institucionalizado está fortemente associada à imagem da velhice desvalida. Os chamados asilos têm historicamente um caráter assistencial para suprir a ausência da família e propiciar auxílio ao idoso em situação de pobreza e abandono até sua morte (GROISMAN, 1999).

De acordo com Born e Boechat (2006), a denominação “Instituição de Longa Permanência” refere-se a um lar especializado, com a dupla função: *i*) oferecer assistência gerontogerátrica, conforme o grau de dependência dos seus residentes, atendendo à demanda da doença na velhice, tendo em vista que, em decorrência do fenômeno do aumento da longevidade, há uma elevada incidência de doenças crônico-degenerativas, marcadamente aparente no caso das demências; e *ii*) ao mesmo tempo, oferecer o aconchego de um ambiente doméstico, no qual são preservadas a intimidade e a identidade dos seus residentes. Portanto, esta denominação ampla envolve o atendimento integral oferecido ao idoso dependente ou não, em regime de internato.

ILPI

⇒ oferecer assistência gerontogerátrica

⇒ preservar a intimidade e a identidade

A pesquisa de Scharfstein (2006), realizada em uma instituição filantrópica religiosa, mostra a relevância do vínculo de pertencimento na preservação da identidade dos idosos investigados. Embora se encontrassem em uma situação bastante adversa – moradores em um quarto do hospital da “Ordem” – continuavam se sentindo amparados e protegidos nesse contexto institucional.

No entanto, instituições filantrópicas com vínculos de pertencimento a uma comunidade religiosa, étnica ou profissional, se encontram em franca crise financeira nos dias de hoje. Para sobreviverem, muitas buscam uma nova roupagem, condizente com os valores de mercado, ou simplesmente acabam, como foi o caso do prédio residencial da instituição religiosa pesquisada. Outras se transformam em “residenciais geriátricos”, atendendo às novas necessidades criadas pela cultura contemporânea, que tende a biologizar ou a negar a velhice, oferecendo atraentes “hotéis cinco estrelas”, com serviços gerontogerátricos 24 horas por dia, como mais uma mercadoria a ser consumida.

Os dados obtidos nessa pesquisa levam à conclusão de que a família não é o único *locus* que pode oferecer amparo e proteção aos idosos na vida contemporânea. No caso estudado, a instituição religiosa exercia essa função simbólica de cuidadora.

Retornando ao filme *Balada de Narayama*, lembramos que a caminhada do idoso para o topo da montanha ao encontro da morte pode ser vivida de forma amorosa e libertadora, como no caso da velha Orin, ou de forma hostil e angustiada, como no outro caso apresentado. Estamos falando de uma prática profissional competente e humanitária que faça das ILPIs um lugar privilegiado para idosos viverem com respeito e alegria até a hora da morte.

Escutando a voz da experiência de Solange Beltrão, acalentamos a esperança:

Seguramente, não será preciso esperar cem anos de trajetória para esculpir no inconsciente social uma percepção de adequação e modernidade, que permita a experiência do envelhecer (e do morrer) sem temor frente à possibilidade de vir a residir num serviço de longa permanência (BELTRÃO, 2009, p. 48).

3 VELHICE AO FIM DA VIDA: IMINÊNCIA E REALIDADE DA MORTE¹

O antropólogo inglês Geoffrey Gorer (1965) afirma que a morte no Ocidente é tratada como se fosse pornográfica. Embora tenha havido a partir da década de 1970 um relativo progresso em relação aos problemas da morte e do morrer, essa visão, todavia, permaneceu. Mas, se a morte é tratada como pornográfica, a velhice também o é, na medida em que a velhice é a vanguarda da morte. Na verdade, o nosso recuo, a nossa repulsa frente à velhice não é senão o nosso recuo e a nossa repulsa diante da morte. Assim, não é de estranhar que ambas precisem ser negadas, ocultadas, silenciadas e até removidas ou abolidas, através de estratégias de ocultamento e de camuflagem.

Um exemplo claro é o encaminhamento de pacientes já próximos à morte para o isolamento das unidades de terapia intensiva, sob o pretexto de proteger suas vidas; e o confinamento de velhos no isolamento de instituições, sob o pretexto de protegê-los material e moralmente do desamparo e da solidão. Obviamente, não só há indicações precisas para tais encaminhamentos, como também assistência competente, ética e humanitária, que não se coadunam com a crítica que trazemos aqui.

É inequívoco que a visão que o homem tem da morte é investida e trabalhada pelas experiências da cultura e da sociedade. Entretanto, na origem dessa visão que na atualidade inspira uma repulsa em relação à velhice e à morte, não estão somente as razões de ordem social, mas na base dessa recusa assentam-se razões psicológicas, existenciais e até biológicas. A morte é visceralmente contrária à natureza humana biológica, metafísica e psicológica e, portanto, sua origem é misteriosa e inexplicável.

A rigor, morte e velhice são vivenciadas pelo homem como duas espécies de “fracassos”, como duas lembranças incômodas, como dois escândalos intelectuais: psicológicos e metafísicos, tão bem apontados por Simone de Beauvoir (1970-1990). Pertencem, assim, àquela categoria que Sartre chama de “irrealizáveis”, isto é, aquelas categorias que incluem as experiências que não podemos antecipar e nem imaginar em nós mesmos. São, portanto, duas realidades que o ser humano se vê na contingência de assumir, embora delas não possa ter uma experiência completa.

1. Texto da aula inaugural da disciplina Psicologia Social do Envelhecimento, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), proferida pela Dra. Wilma da Costa Torres, a 13/03/2003, que nos foi entregue pela autora para publicação, até agora inédito.

Em relação à velhice, para nós, o velho é o outro. A nossa velhice se apodera de nós de surpresa e através do outro. Quando nos defrontamos com a velhice, devemos assumir uma realidade que é inegavelmente nós mesmos, embora essa realidade só nos atinja de fora e permaneça para nós inatingível. Existe, assim, uma contradição intransponível entre a evidência subjetiva que assegura a nossa permanência, a nossa continuidade, e a certeza objetiva da nossa metamorfose. Nisto é que consiste a crise de identificação da velhice.

É no inconsciente que vamos encontrar as razões profundas dessa assimetria. Por ser o inconsciente um conjunto estruturado de desejos, por não distinguir entre o verdadeiro e o falso, por não ser reflexivo, ele ignora a velhice e alimenta a ilusão da eterna juventude. Quando esta ilusão se vê abalada, a consequência é uma ferida narcísica que resulta em uma crise depressiva, que pode, inclusive se revestir de aspectos psicóticos. Aliás, Hanna Segal (1957) sugeriu que o medo inconsciente da morte está subjacente na maioria dos surtos psicóticos na velhice.

Em relação à morte acontece o mesmo que em relação à velhice. Embora aceitemos a realidade e a inevitabilidade da morte, não podemos imaginar nossa própria morte. Não podemos imaginar um mundo onde nós não existimos. Este é o paradoxo primário, a que Weisman (1972) se refere e que reflete a nossa incapacidade de pensar o mundo separado de nosso próprio *self*. Então, a morte acontece com o outro, não comigo. Esta é uma crença ilógica, mas persistente. Só me reconheço mortal – da mesma maneira que só me reconheço velho – adotando o ponto de vista do outro sobre minha própria pessoa. Minha mortalidade não é objeto de minha experiência íntima, interna. Não a ignoro, levo-a em conta na prática, mas não a sinto.

Também para o irrealizável da morte, a explicação dessa assimetria pode ser buscada no inconsciente que, segundo a psicanálise, da mesma forma que ignora a velhice, ignora a morte. Como diz Freud ([1919] 1980), ostentamos uma tendência para arquivar a morte, para eliminá-la da vida. No inconsciente todos estamos convencidos da própria imortalidade.

Mas essa assimetria que caracteriza a reflexão do homem sobre a morte, isto é, se saber mortal e se sentir imortal, tem sua explicação não apenas no inconsciente, mas também nas próprias raízes biológicas e metafísicas do homem.

Do ponto de vista biológico, de acordo com as teorias científicas modernas e contemporâneas, pode-se afirmar que o que mais caracteriza o organismo vivo é a imortalidade e não a morte, uma vez que a célula viva, os seres unicelulares são potencialmente imortais. A morte dos seres superiores, portanto, não se baseia em uma propriedade original da substância viva, mas decorre de condições especiais de organização dos seres evoluídos. Os seres vivos, em sua origem e em sua estrutura

elementar não são heiddegerianos: a vida não é para a morte, a morte surge como um preço da organização, diferenciação e especialização das células. Daí o caráter equívoco da morte, ao mesmo tempo normal e patológica, porque contraria a natureza biológica do homem.

Aliás, da mesma maneira, a velhice. A rigor, a biologia não encontrou uma explicação para a causa do envelhecimento. As diversas e aprofundadas teorias atuais permitem ver como a velhice se manifesta no indivíduo, isto é, explicam o efeito, mas não a causa.

Do ponto de vista metafísico, em oposição ao pensamento heiddegeriano, podemos também dizer que a pessoa humana em sua essência não é existência para a morte. Se a estrutura fundamental de nosso ser não contivesse o postulado existencial de “um outro lado”, a morte seria certamente um fato do futuro, bastante penoso, mas sem nenhuma ameaça de ordem metafísica. Portanto, é a própria angústia diante da morte que nos revela que a morte e o nada se opõem à tendência mais profunda e inevitável do nosso ser – a imortalidade. A necessidade de imortalidade é uma reivindicação do homem e nenhuma necessidade pode ser absurda, pois traz e supõe sempre uma possibilidade, ainda que infinitamente precária, ainda que infinitamente distante, de resposta.

Bem, apesar de incômodas e escandalosas, lembrando uma espécie de fracasso, como expusemos acima, a morte e a velhice funcionam como fatores propulsores do desenvolvimento humano. Aliás, talvez uma das mais importantes descobertas do pensamento moderno é que a ideia da morte é a grande propulsora das atividades humanas, tanto no nível individual como coletivo. Nenhum projeto individual ou coletivo se realiza sem a ideia de morte. Portanto, a ideia da morte é um fator propulsor do desenvolvimento, em todas as etapas e em todos os níveis, mas principalmente nos momentos críticos de passagem.

No que diz respeito ao desenvolvimento cognitivo, o encontro da criança com a ideia da morte desempenha um papel fundamental, sobretudo por volta dos 6-7 anos, como enfatizou Piaget. A ideia da morte põe a curiosidade da criança em movimento, determinando um salto no desenvolvimento da noção de causalidade.

Também a adolescência, como uma etapa crítica de passagem, é fortemente afetada pela ideia de morte. No nível cognitivo, as ideias abstratas sobre a morte ultrapassam o que é observável. Utilizando seu pensamento formal, o adolescente começa a teorizar sobre o que sucede depois da morte, a levantar hipóteses e a fazer inferências sobre a possibilidade de outra vida. Estas inferências no plano lógico vão suscitar as primeiras grandes dúvidas e com estas dúvidas começa o ser

metafísico. No entanto, o adolescente não é afetado pela ideia da morte pessoal, colocando-a em um futuro bem distante. Ele vive em um presente intenso. O agora é tão importante que o passado e o futuro se tornam diluídos. Essa exacerbação do presente, a necessidade de colocar todos os projetos nessa etapa, pode ser interpretado como uma defesa maníaca contra a vulnerabilidade e a finitude. Esta defesa, como diz Eliot Jacques (1965), irá perdurar até o início da fase adulta contra dois aspectos fundamentais da vida: a inevitabilidade da morte e a existência dos impulsos agressivos e destrutivos.

Na meia idade se inicia a crise com a entrada no plano psicológico da realidade e da inevitabilidade da morte pessoal. Em vez de ser uma concepção geral, ou um evento experimentado em termos da perda de alguém, a morte se torna um assunto pessoal, a própria mortalidade. A realidade da própria morte força a nossa atenção sobre ela, que não pode mais ficar “arquivada” ou “projetada” como acontecia em fases anteriores.

A meia idade é uma fase tão crítica quanto a adolescência, mas, em algum sentido, mais perturbadora. Na adolescência e no início da fase adulta, podemos dirigir nossas potencialidades em todas as direções, porque o corpo é forte, a sexualidade está no seu auge e são possíveis as melhores realizações. Dessa forma, nos defendemos da verdade inadmissível, de que ninguém tem tudo para sempre. Ao atingirmos a meia idade, entretanto, essas defesas começam a se desgastar com o confronto com a morte pessoal e o declínio físico e sobrevém a depressão – característica da crise da meia idade. Aliás, Dante (1976) nas estrofes iniciais da *Divina Comédia* relata simbólica e magnificamente essa crise quando diz, na tradução que consultamos: “A meio do caminho desta vida achei-me a errar por uma selva escura... Descrever não posso esta espessura, esta selva selvagem, densa e forte, que, em lembrá-la, a mente se tortura. Ela era amarga, quase como a morte” (DANTE, 1976, p. 85-86).

Na meia idade, tudo aquilo que não ficou resolvido, que ficou insepulto em fases anteriores, volta à tona e deverá ser revisto. Essa crise implica uma “descida aos infernos”, em permitir que o lado escuro se abra e uma “legião de demônios” se liberte. Mas, se durante a crise a sensação é de colapso, é ela que vai permitir, caso seja elaborada, que se alcance a fase adulta madura, pois só quando a morte e a destrutividade humana são levadas em conta é que o homem adquire a aceitação construtiva de si mesmo e dos outros. Portanto, é preciso, como Dante, descer aos infernos para só depois encontrar o próprio caminho. Consequentemente, a crise da meia idade não é apenas uma crise de desintegração, mas traz consigo a possibilidade de renovação.

Quando a crise do meio da vida é bem elaborada, a última metade da vida pode ser vivida com conhecimento consciente da morte e a aceitação deste conhecimento

como parte integrante do viver. O lucro é um aprofundamento do conhecimento, da compreensão e da autorrealização. Valores genuínos podem, então, ser cultivados: a sabedoria, a coragem, uma capacidade mais profunda de afeição.

Já aquelas pessoas que insistem em manter as defesas maníacas, próprias da adolescência e da fase inicial adulta, para negar a descida e a marcha do tempo, perdem a oportunidade de se desenvolverem; pagam o preço do empobrecimento emocional que irá refletir-se na ênfase do exterior e do superficial, na preocupação hipocondríaca com a saúde e a aparência, no investimento compulsivo dos negócios.

Finalmente, chegamos à última etapa do desenvolvimento da vida humana, a velhice e o papel que, também nesta etapa, a morte desempenha como fator do desenvolvimento.

O fator decisivo de mudança nessa etapa não é somente a consciência da morte pessoal, mas a consciência da proximidade da morte pessoal e, conseqüentemente, da ausência da perspectiva de futuro. A experiência de envelhecer, do ponto de vista fenomenológico, é como uma pressão do passado que cresce, enquanto diminui a possibilidade de futuro. Compreende-se, portanto, o medo da velhice, detectado como medo da morte, nosso receio e nossa repulsa diante dela.

É evidente que perder funções e capacidades é doloroso, é contra a natureza, mas, ainda assim, é possível manter a dignidade pessoal, é necessário continuar mantendo o domínio ativo em relação à própria vida, fundamental para a solução da crise dessa etapa.

Na literatura dramática, o *Rei Lear*, de Shakespeare, por ser uma das únicas obras do dramaturgo em que o herói é um velho, é um belo exemplo da atitude ativa diante da vida (GRINSTEIN, 1973). Na peça, Lear está com 80 anos e ciente de que sua morte se aproxima. Esse conhecimento é um determinante em sua decisão de dividir o reino com as filhas. Através deste gesto, ele procura dominar seu medo de passividade. Em vez de permitir que seu reino – sua vida – seja dividido e destroçado por terceiros após sua morte, Lear ativamente se antecipa, evitando que isso possa ser feito por outros que não ele mesmo. Este domínio ativo que o leva ao abandono do poder é uma etapa construtiva para a aceitação de sua morte inevitável.

A capacidade de lidar ativamente com as situações em que é colocado, acompanha Lear até o final da peça. É por este motivo que ele não atende ao pedido de sua filha Goneril para desfazer-se de seus cavaleiros, pois eles são uma expressão visível de seu *status* de monarca vivo. Ele não permite que sua filha o transforme, ainda vivo, em um monarca morto.

Da mesma forma que as filhas de Lear, a sociedade negadora da morte tende a marginalizar o velho, não lhe permitindo manter o domínio ativo de sua vida. Pelo contrário, lhe impõe uma série de pressões que o levam à adoção de atitudes de passividade que acabam por vulnerabilizá-lo e anulá-lo na última etapa do seu desenvolvimento.

Não obstante, manter o domínio ativo é tão importante que, como fica demonstrado na peça, é a ameaça de perder o controle de sua própria vida e, portanto, de sua própria morte que, intensificando seu medo da morte, provoca a “loucura” de Lear. “Loucura” que não deve ser vista como uma entidade psiquiátrica, pois serve, pelo contrário, como uma função reparadora do ego frustrado; uma regressão a serviço do ego. As regressões, tão comuns nos idosos, podem, portanto, estar também a serviço do ego e ocorrer independente ou concomitantemente com mudanças orgânicas.

Na peça, a cena da tempestade simboliza a catástrofe interna de Lear. Mas é importante dizer que, apesar de todas as pressões, ele prossegue lidando ativamente com as situações. Nesta cena, mais uma vez ele se despe de todos os seus pertences, em vez de permitir que os outros façam isto por ele.

Só depois de ter se perdido na floresta e enfrentado a tempestade, de ter se despojado de suas roupas (ele fica nu na tempestade, isto é, diante de si mesmo, de suas próprias fraquezas, de sua agressividade e de suas culpas), é que Lear se torna capaz de perceber e denunciar as falsas aparências que até então o haviam aprisionado. E, assim, ele atinge a verdadeira compreensão da vida humana, condição para a autêntica libertação que deve ser a meta dessa última etapa de desenvolvimento.

Podemos, então, dizer que só depois de enfrentarmos a tempestade é que, como Lear disse à sua filha Cordélia: “Juntos cantaremos, narraremos um ao outro velhos contos; haveremos de rir quando virmos as borboletas douradas; nos permitiremos explicar o segredo das coisas como se fôssemos espiões dos deuses” (GRINSTEIN, 1973, p. 139).

Mas, para nos transformarmos em espiões dos deuses que riem das borboletas douradas, é preciso a coragem de Lear, porque a liberdade – assim como a verdade – sempre intimida e, por isso mesmo, quase sempre é recusada.

4 CUIDANDO DOS IDOSOS ... ATÉ O FIM

Uma verdade do nosso tempo que intimida e vem sendo, no mínimo, negligenciada está expressa nos alarmantes números de mortes consequentes de longos processos de enfermidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que mais de 52 milhões de pessoas morrem por ano em todo o mundo. Os registros evidenciam

que apenas cerca de 10% de todas essas mortes são por causas agudas, acidentes, doenças fatais e catástrofes. Os outros 90% são decorrentes das doenças agudas incapacitantes e das enfermidades crônico-degenerativas que podem evoluir com um lento e longo processo de morrer, dependendo da doença e das comorbidades envolvidas (DOYLE; WOODRUFF, 2010).

O câncer e as doenças cardiovasculares são os grandes responsáveis pelos elevados índices de morbidade e mortalidade entre os idosos; as doenças neuro-degenerativas e osteoarticulares estão na base da incapacidade que acomete esta população, comprometendo sua autonomia com um enorme prejuízo funcional e um alto grau de dependência para as atividades do dia a dia.

A partir de estudos e investigações sistemáticas, a OMS faz um grave alerta, referindo-se ao final da vida de pessoas doentes no mundo inteiro: em países desenvolvidos e em desenvolvimento, pessoas estão vivendo e morrendo sozinhas e cheias de medo, com suas dores não mitigadas, os sintomas físicos não controlados e as questões psicossociais e espirituais não atendidas (WHO, 2010).

É frente a esta realidade que, incontestavelmente, os cuidados paliativos se apresentam como uma forma pertinente, inovadora e urgente de cuidado, particularmente na área da saúde da população idosa, onde quer que estejam essas pessoas ao final da vida: em suas casas, sozinhas, ou com seus familiares; internadas em enfermarias de hospitais ou em unidades de tratamento intensivo; ou ainda residindo em instituições de longa permanência.

4.1 Mas, afinal, o que são cuidados paliativos?

A palavra pálio, que é a base etimológica do adjetivo paliativo, abarca um amplo círculo semântico, repartido principalmente em dois blocos que se tangenciam e se complementam: um diz respeito àquilo que cobre, protege, agasalha, enleva, alivia, defende; outro se refere à distinção, singularização, individualização e poder, este entendido não como dominação ou honra, mas como encargo e missão. Assim, partindo das considerações etimológicas, cuidado paliativo não se restringe ao paciente que é cuidado, mas se estende àquele que cuida, constituindo um processo profundamente intersubjetivo articulado numa intensa relação interpessoal (OLIVEIRA, 2010).

A origem dos cuidados paliativos remonta à criação dos primeiros *hospices* e estes guardam estreita similaridade com a origem das instituições asilares, uma vez que na gênese de ambas as instituições está o acolhimento aos pobres e desvalidos.

O termo *hospice* já fora aplicado às construções que ficavam no caminho das caravanas de peregrinos no século IV, edificadas como abrigos dirigidos por religiosos. Devido às precárias condições dos deslocamentos, por vezes brutais, muitos desses viajantes chegavam moribundos a esses abrigos. Os *hospices* vitorianos, da segunda metade do século XIX, sob a denominação geral de *Homes for the dying poor*, foram criados para atender à necessidade de acolhimento aos pobres próximos à morte. As pessoas abastadas se tratavam e morriam em casa ou nos hospitais gerais em crescente processo de habilitação como centros de cura em uma sociedade que se secularizava. Há registros de que o primeiro *hospice* dessa época tenha sido o *St. Vincent's Hospital*, fundado em 1830, em Sidney, Austrália, pelas irmãs da Congregação São Vicente de Paulo, que era uma instituição voltada para o cuidado exclusivo de pessoas pobres que iam morrer (GOLDIN, 1981).

Outros *hospices* foram surgindo pela Europa, destacando-se o *St. Luke's Home for the Dying Poor*, em Londres, onde o Dr. Howard Barrett, em 1893, começou um trabalho inovador com os primeiros indícios de uma aproximação entre os profissionais e o moribundo. Suas ideias revolucionárias delineavam um modo de ver os pacientes não como “casos”, mas cada um na sua singularidade e dotado de importância vital não apenas para si mesmo, como também para aqueles poucos com quem estava convivendo na proximidade do fim da sua vida (SAUNDERS, 2003).

A principal personagem do *hospice* moderno é Dame Cicely Saunders, que viveu entre 1918 e 2005. Enfermeira, assistente social e médica, percebendo que as necessidades dos moribundos não estavam sendo atendidas nos hospitais tradicionais ingleses, se empenhou para fundar, em Londres, o *St. Christopher's Hospice* que, desde a fundação, em 1967, é uma instituição de referência em cuidados paliativos e representa o início formal do “Moderno Movimento *Hospice*”.

Saunders impulsionou os estudos na área da palição, com ênfase na qualidade de vida, embasada na valorização da identidade pessoal. “Você importa porque você é você, e você importa até o último momento de sua vida. Nós faremos o que pudermos para ajudar você a morrer em paz, mas também a viver até o momento da morte” (SAUNDERS, 2006, p. 137).

Dessa mesma época é a psiquiatra suíça Elizabeth Kübler-Ross, que aportou na Universidade de Chicago e desenvolveu um trabalho ousado e absolutamente inédito com doentes próximos à morte. Das suas observações e escuta dos pacientes em final de vida, surgiu a teoria dos cinco estágios do processo de morrer (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação), causando forte impacto na área da saúde e na

sociedade leiga, com a retumbante repercussão do seu primeiro livro *Sobre a morte e o morrer*, lançado em 1969. De acordo com Floriani (2009, p. 133), temos que:

Uma das consequências deste importante estudo é que ele trouxe uma consciência maior para quem lida com estes pacientes ... sobre a necessidade de ouvi-los e de encontrar soluções para suas necessidades, abrindo um novo campo de vastas possibilidades de intervenção nos cuidados ao fim da vida.

negação
raiva
barganha
depressão
aceitação
 (E. Kübler-Ross)

Ultimamente vimos assistindo ao avanço do *Moderno Movimento Hospice* no mundo inteiro, marcadamente nos Estados Unidos da América (EUA). Dados recolhidos por Floriani (2009) demonstram que a prática de cuidados paliativos estende-se a mais de 100 países, com possibilidades de replicação em mais de 40 outros.

No Brasil, de acordo com informações da Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP (2010), podemos considerar a década de 1980 como o começo da aplicação dos cuidados paliativos, com uma expansão observável a partir do ano 2000.

O Conselho Federal de Medicina - CFM (2010), atento à urgência e à emergência da palição no Brasil, instituiu a Câmara Técnica sobre a Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos, em 2006, reunindo médicos de diferentes especialidades com experiência em palição, profissionais juristas e de outras áreas da saúde.

Vemos que é notória a expansão dos cuidados paliativos no mundo inteiro, também se fazendo presente no Brasil. A esse respeito, fala-nos Floriani (2009, p. 9-10):

Tal difusão parece, de fato, ser irreversível e configura-se como uma necessidade não só técnica, relativa ao saber-fazer dos profissionais envolvidos, mas também moral, devido às situações de abandono pelas quais passam os pacientes que necessitam de intervenções que sejam consistentes com a busca de alívio de seus sofrimentos no fim da vida.

A OMS começou a dar especial atenção aos cuidados paliativos em 1982, quando criou um comitê incumbido de definir políticas para tratamento e alívio da dor em pacientes com câncer. O documento foi publicado em 1986 sob o título *Cancer Pain Relief* (WHO, 1986). Em 1990, esse comitê elaborou o primeiro conceito de cuidado paliativo, centrado no tratamento de pessoas com câncer (WHO, 1990).

Em 2002, ampliando a abrangência da palição, a OMS redefiniu cuidado paliativo:

Uma abordagem voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares frente a problemas associados a doenças que ameaçam a continuidade da vida. A atuação busca a prevenção e o alívio do sofrimento, através do reconhecimento precoce, de uma avaliação precisa e criteriosa e do tratamento impecável da dor e de outros sintomas, e das demandas, sejam de natureza física, psicossocial ou espiritual. (WHO, 2002)

No universo dos cuidados paliativos, os cuidados ao fim da vida representam uma parte importantíssima da prática da palição. Esta modalidade de cuidado refere-se à assistência que um paciente deve receber durante a última etapa de sua vida, a partir do momento em que fica claro que ele se encontra em um estado de declínio progressivo, inexorável, culminando com a falência orgânica (WATSON, *et al*, 2009).

A OMS, atenta à atualidade, à importância e à pertinência do tema, toma uma posição em relação ao cuidado paliativo, oferecendo-nos um detalhamento explicativo com ênfase nos aspectos cruciais à especificidade da sua aplicação (WHO, 2010):

Cuidado Paliativo:

- Promove o alívio da dor e de outros sintomas estressantes.
- Reafirma a vida e vê a morte como um processo natural.
- Não pretende antecipar e nem postergar a morte.
- Integra aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado.
- Oferece um sistema de suporte que auxilia o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a morte.
- Oferece um sistema de suporte que auxilia a família e entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença e no luto.
- Utiliza os recursos de uma equipe multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto.
- Melhora a qualidade de vida e influencia positivamente no curso da doença.
- Deve ser iniciado o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento de vida – como a quimioterapia e a radioterapia – e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas.

4.2 Instituição de Longa Permanência para Idosos: lugar de acolher e paliar, por que não?

Para pensarmos a implementação de cuidados paliativos no atendimento aos idosos com doença terminal que residem em ILPIs, uma primeira indagação recai sobre o atendimento a esses idosos antes de chegarem a esta condição. Se a instituição não tiver sido acolhedora no cotidiano do idoso, não há por que se esperar que

a dinâmica da palição – uma práxis centrada no respeito à pessoa humana e na promoção da qualidade da sua vida em quaisquer circunstâncias – venha a acontecer na assistência ao seu processo de morrer.

A realidade atual das ILPIs aguçam as preocupações de Born:

Na medida em que aumenta a população dependente, seja pelo ingresso de novos residentes ou fragilização dos antigos, uma instituição para idosos corre o risco de tornar-se um hospital de terceira linha ou, pior, uma antecâmara da morte. Mantê-la como uma unidade de vida ou como um lugar onde a vida é valorizada e a dignidade do idoso é reconhecida até no leito da morte é um desafio permanente para as instituições (BORN, *apud* BELTRÃO, 2009, p. 74).

Aliás, a questão do atendimento médico nessas instituições é problemática, desde a própria configuração com amparo legal que as sustentam e mantém. A esse respeito, este livro oferece esclarecimentos e reflexões críticas em capítulos destinados à especificidade do tema.

A tabela a seguir nos apresenta a situação de existência de serviço médico nas ILPIs brasileiras.

TABELA 1
Brasil: Número e proporção das instituições de longa permanência segundo os serviços médicos por região – 2006-2009

	ILPIs que participaram da pesquisa	ILPIs que responderam ao quesito de serviços médicos	ILPIs que declararam ter serviço médico próprio	%
Norte	49	49	38	77,6
Nordeste	302	294	168	57,1
Sudeste	2.035	1.944	1.243	63,9
Sul	663	631	333	52,8
Centro-Oeste	246	246	181	73,6
Brasil	3.295	3.164	1.963	62,0

Fonte: Pesquisa Ipea/CNDI/SEDH/MDS e CNPq.

E assim é que tantos idosos residentes em ILPIs são encaminhados a hospitais quando adoecem, particularizando-se aqui o caso dos residentes que se encontram acometidos de doenças terminais. Saem do seu lugar de pertencimento (ao menos esperamos que assim seja!) justamente nos momentos críticos do seu processo de morrer.

Não é incomum que, nos hospitais a que chegam, os médicos, competentes na arte de curar – deparando-se com os idosos em situação de comorbidade irreversível – os vejam a partir da sua própria impotência profissional, cuja tendência é a utilização de meios extraordinários como única possibilidade de intervenção.

Até porque os cuidados paliativos, de eleição para a abordagem desses idosos, ainda são uma prática inexistente na maioria dos nossos hospitais.

Vale dizer que não só no Brasil essa situação acontece. Numa elucidativa e crítica publicação do *Hasting Center*, Johnson (2005) trata dessas e outras questões que permeiam os cuidados com idosos ao final da vida nas ILPIs.

No nosso caso, entretanto, às enormes dificuldades do sistema de saúde, confluem questões cruciais referentes ao aumento da longevidade. Na pesquisa de Floriani (2009, p. 7-8) encontramos:

Esta associação – envelhecimento e alta prevalência de doenças cronicodegenerativas – constitui um desafio aos sistemas de saúde no mundo, inclusive no nosso sistema de saúde, fazendo emergir, dentro de um contexto orçamentário restritivo, a necessidade de modelos de assistência que sejam, ao mesmo tempo, adequados para enfrentar, com alta resolubilidade, o desafio que emerge, e que saiba incorporar programas de cuidados no fim da vida viáveis.

Nos limites deste capítulo, selecionamos uma situação muito comum nas ILPIs: idosos portadores de demência caminhando para o final da vida.

A fase derradeira da doença demencial é caracterizada por fragilidade, declínio funcional e falência orgânica. O paciente idoso encontra-se em situação irreversível frente a qualquer terapêutica aplicada. Diante do comprometimento de sua autonomia, ou seja, sua incapacidade de tomar decisões, a família e a equipe profissional enfrentam dilemas éticos e precisam fixar com precisão o objetivo do tratamento. O foco deve ser o cuidado da pessoa, e não de um determinado órgão ou sistema que já se encontra em condição de falência evidente.

Na orientação de Saunders (2003; 2006), é preciso que os profissionais tenham em mente que o paciente é um ser humano inteiro, único, que integra a sua condição física e espiritual. O respeito deve ser o ponto de partida e o gerador contínuo de todo processo de cuidado, pois cuidar de quem está morrendo é, acima de tudo, agir com respeito a essa pessoa. Nesse momento, é exigido do profissional o máximo da sua competência técnica no controle dos sintomas, assim como o máximo da sua sensibilidade para uma comunicação peculiar com o paciente, afetado justamente na sua cognição. Uma comunicação também com os familiares e os amigos do paciente, acolhendo suas dúvidas, seus medos, seu sofrimento. E, acima de tudo, diante da fragilidade do paciente, o profissional tem o papel de protegê-lo e de evitar iatrogenias.

Este cenário deve ser o de moradia do paciente, o cotidiano da instituição que o acolheu, onde construiu uma familiaridade com o ambiente, as pessoas, a sucessão

dos dias e das horas em que sua mente ia se esvaziando nas tormentas da demência. Retirá-lo dessa “sua casa” contraria os princípios mais elementares da palição, a começar pelo respeito irrestrito ao ser humano que está sendo cuidado.

Um grande desafio é a manutenção do estado nutricional do idoso na fase final da demência, uma vez que vários fatores interferem na aceitação da dieta, justamente quando o paciente se torna intensamente catabólico. O que fazer diante da recusa alimentar nessa fase? A decisão de iniciar alimentação artificial é uma das mais difíceis para familiares e profissionais. Disfagia, anorexia progressiva e a consequente sarcopenia fazem parte da evolução da doença, não devendo ser consideradas intercorrências que precisam ser revertidas. Byock (1997) observa que parar de comer é uma das mais tranquilas e confortáveis formas de morrer. A família precisa estar devidamente orientada sobre isso e os profissionais precisam estar a par dos preceitos bioéticos e suas aberturas escancaradas à dificuldade de decisões.

O procedimento da gastrostomia por via endoscópica tornou-se comum em função da relativa facilidade técnica de execução. No entanto, existem evidências recentes de que a gastrostomia não aumenta a sobrevida, não melhora as condições de nutrição, não melhora a imunidade e não previne broncoaspiração de secreção bucal. Além disso, a gastrostomia pode ser fonte de desconforto e de infecções cutâneas. Por estas razões, é razoável respeitar a recusa alimentar do paciente com demência avançada. Não existe restrição dietética: deve ser permitido que ele consuma seus alimentos preferidos, na quantidade desejada, à hora em que tiver vontade. A mucosa oral tende a ressecar pela recusa de líquidos ou por efeito colateral de medicações. É importante, então, que ela seja mantida hidratada, com o uso de gaze embebida em água ou gelo picado (BURLÁ; AZEVEDO, 2009).

A morte dos idosos com demência avançada acontece, na maioria das vezes, em decorrência de infecções (pneumonia, infecção urinária, infecção originada em úlcera por pressão) ou por incapacidade de o paciente manter ingesta hídrica ou calórica compatível com a vida. Nessa hora, os profissionais precisam concentrar esforços para tornar o ambiente mais acolhedor e a aproximação com o idoso, mais calorosa. São recomendáveis a utilização de música ambiente (suave e em volume baixo) e a intervenção religiosa quando for pertinente à história do paciente.

Esses cuidados devem fazer parte do cotidiano institucional, num *continuum* em que o idoso com demência a caminho da sua morte esteja em “sua casa”, com o conforto e o carinho que são esperados numa relação de respeito e afeição.

Creemos na pertinência da criação de programas de cuidados paliativos para as ILPIs, todas estando dotadas de serviços médicos de caráter gerontogeriatrico.

Não nos parece fazer sentido algum, no Brasil, que tanto avançou em políticas sociais para o idoso, ainda carecermos de serviços de atenção à saúde do idoso nas ILPIs que incluam evidente e conseqüentemente os cuidados paliativos.

A implementação dos cuidados paliativos nas ILPIs deve partir de um planejamento que atenda às indagações precípua de todo serviço dessa natureza, acrescido das especificidades desse tipo de instituição. Temos em Maciel (2009, p. 74) um exemplo que pode ser muito interessante como ponto de partida:

Que serviço se pretende construir?

Quais os objetivos do serviço?

Qual a demanda de necessidades de cuidados paliativos?

Que recursos, materiais e humanos, já existem?

Qual o modelo que mais se enquadra no objetivo proposto?

Qual o investimento proposto por este projeto?

Quais os obstáculos e as resistências que envolvem as equipes profissionais?

Qual a necessidade de treinamento das equipes locais?

Como inspiração e fundamentos para esse planejamento, lembramos duas leituras imprescindíveis: o documento da OMS (WHO, 2007) que oferece um *guideline* para a criação de programas de cuidados paliativos e o texto do *Regional Office for Europe* da OMS, que trata de cuidados paliativos para pessoas idosas (WHO, 2004).

E, aqui, destacamos o valor maior da interdisciplinaridade nos cuidados paliativos, com forte apelo à integração dos saberes e das práticas na dinâmica da comunicação entre os profissionais, franca, aberta e generosa na entrega do que cada um tem de melhor a oferecer, cada um consciente da sua falibilidade, da sua inexorável mortalidade.

Retomando o que já dissemos acima, a identidade de uma ILPI integra uma dupla função: a responsabilidade de assistência especializada gerontogerátrica ao mesmo tempo em que é lugar de acolhimento, aconchego e respeito para todo idoso residente até o fim da sua vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da longevidade humana e as transformações sociais da família trazem à tona as instituições asilares, remodeladas ao gosto da contemporaneidade, apresentando-se como paradigma de moradia, o “novo lar”, o *locus* privilegiado para acolher os idosos até o fim da vida.

Esses lugares de viver e morrer carecem de uma estrutura ambiental e profissional que abarque toda a dimensão da existência dos idosos que chegam, convivem, adoecem e morrem.

Concentrando-nos no processo final da vida desses idosos, nos aliamos às preocupações de Floriani (2009, p. 133):

Que tipo de morrer e de morte quer ter o paciente e que tipo de morte ele pode ter? As respostas a estas questões nem sempre encaminham as soluções, mas devem ser conhecidas, quando abordadas em momentos certos. De que modo o paciente poderá ter uma 'boa morte' se ele desconhece o que o aguarda em seu percurso?

Algumas enfermidades são devastadoras e na velhice assumem características plurais e muito complexas. Um idoso residente numa ILPI não raro tem um complicador que diz respeito à sua transferência para um hospital, onde personagens desconhecidos antecedem e protagonizam o “grande desconhecido”, o “não-ser”, que assusta e ameaça. Não é incomum que, nessas horas, o idoso seja alvo de tratamentos desmesurados. E ainda assim, mesmo com todo o arsenal terapêutico disponível, a doença progride com mais “poder” que o tratamento e faz com que ele fique à mercê do curso evolutivo sem qualquer benefício dos tratamentos instituídos visando à cura ou ao prolongamento da sua vida.

Cabe, então, uma renovação de valores, uma “re-visão” das ILPIs para dotá-las de um sentido prático-institucional que respeite o sentido da vida dos seus idosos até a morte. Cabe a renovação das práticas em saúde nas ILPIs, uma transformação no atendimento à saúde dos idosos que integre a práxis dos cuidados paliativos. Cabe um programa de educação continuada, em que os profissionais se sintam valorizados e responsáveis, com oportunidade para a reflexão imprescindível sobre a sua própria velhice e finitude.

Cabe a esses profissionais, e especificamente ao médico, ao se depararem com o idoso no processo de morrer, uma compreensão da situação para a organização de uma estratégia realista, visando a um trabalho convergente e harmônico numa equipe interdisciplinar que se destine a lidar com as necessidades da pessoa idosa muito doente no final da vida, residente nessa casa que se tornou o seu lar.

Urge, num novo olhar para as ILPIs, um treinamento particularizado para os profissionais, que alie competência técnica, postura humanitária e alta sensibilidade para a condução de ações adequadas, visando ao alívio do sofrimento do idoso e à prevenção que seja possível. O foco, neste momento, não é a doença e sim a pessoa

idosa inteira, no seu processo de morrer, com necessidades existenciais prementes, que estão aquém e além dos tratamentos das suas doenças orgânicas.

Escutar os idosos, estender sobre eles o pálio de proteção e cuidado, tocá-los e ser tocados por eles à porta da morte na intimidade da ILPI – lar estranho e familiar destes tempos atuais – pode vir a ser o que anda faltando para um aprendizado que venha a iluminar o caminho existencial dos profissionais, impulsionando-os a novos projetos, novos sonhos, novas realizações.

REFERÊNCIAS

- ANCP. *Sobre a ANCP – Que são cuidados paliativos?* Disponível em: <www.paliativo.org.br> Acessado em: 26 mai. 2010.
- BALADA de Narayama (*Narayama bushi-ko*). Direção: Shohei Imamura. Intérpretes: Sumiko Sakamoto; Ken Ogata. Japão, 1983. Longa metragem.
- BEAUVOIR S. *A Velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1970-1990.
- BELTRÃO S. *Um porto chamado asilo...de velhos*: aportando nas instituições de velhos no Brasil. Recife: AGN, 2009.
- BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1131-1141.
- BRASIL. SAS/Departamento de Desenvolvimento da Política de Assistência Social, Gerência de Atenção à Pessoa idosa. Portaria nº 73/01. Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. *Diário oficial da União*. Brasília, DF, 2001.
- BURLÁ, C.; AZEVEDO, D. L. Cuidados paliativos nas demências. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (Ed.). *Manual de cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009, p. 162-167.
- BYOCK, I. *Dying well: peace and possibilities at the end of life*. Riverhead Books, 1997.
- CFM. Câmara Técnica sobre a terminalidade da vida e cuidados paliativos. Disponível em: <www.portalmédico.org.br> Acessado em: 16 fev. 2010.
- DA MATTA, R. *A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- DANTE, A. *A divina comédia*. Tradução: Cristiano Martins. Belo Horizonte: Itatiaia, 1976.
- DOYLE, D.; WOODRUFF, R. *The IAHPC Manual of Palliative Care*. 2. ed. Disponível em: <<http://www.hospicecare.com/manual>> Acessado em: 25 mai. 2010; e em: <http://www.who.int/ageing/projects/en/alc_global_survey_tegeme.pdf>
- FLORIANI, C. A. *Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte*. 2009. Tese (doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, 2009. Programa Ciências na área de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2009.
- FREUD, S. O estranho. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 17, p. 275-314, Rio de Janeiro: Standard Brasileira, 1980b.

- GOLDIN, G. A. protohospice at the turn of the century: St. Luke's House, London, from 1893 to 1921. n. 4, p. 383-415, *J Hist Med Allied Sci*, 1981.
- GORER, G. Death, grief and mourning. *Contemporary Brittain*. New York: Doubleday, 1965.
- GRINSTEIN, A. King Lear's impending death. *American Imago*, v. 30, n. 2, p.121-141, 1973.
- GROISMAN, D. *A erosão do tempo: imagens da velhice asilada no passado*. In: JORNADA DE PSICANÁLISE COM IDOSOS E SUAS INTERSEÇÕES. Escola Brasileira de Psicanálise Movimento Freudiano. *Anais*. Rio de Janeiro, 1999.
- JACQUES, E. Death and the mid-life crisis. *The International Journal of Psycho-analysis*, n. 46, p. 502-503, 1965.
- JOHNSON, S. H. Making room for dying: end of life care in nursing homes. In: Improving end of life care: why has it been so difficult? Hasting Center Report. *Special Report*, v. 35, n. 6, p. 37-41, 2005.
- MACIEL, M. G. S. Organização de serviços de cuidados paliativos. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (Ed.). *Manual de cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009, p. 72-85.
- OLIVEIRA, J. F. Marcas do tempo – envelhecimento: a família e sua trajetória entre valores e gerações. v. 9, n. 14-5, p. 19-35. Rio de Janeiro: UFRJ, Programa EICOS – Instituto de Psicologia, 2003-2004 (*Série Documenta*).
- _____. O amplo significado de “pálio”: a matéria-prima do que se entende por “cuidados paliativos”. Publicação prevista para 2010, como 2ª edição de *Finitude: uma proposta de reflexão e prática em gerontologia*, pela Editora Setembro. No prelo.
- PESSINI, L. Cuidados Paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. *Prática Hospitalar*, ano VII, n. 41, p. 107-112, set./out. 2005.
- SAUNDERS C. Foreword. In: HANKS, G. et al. (Ed.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3. ed. New York: Oxford University Press, 2003, p. 17-20.
- _____. The problem of euthanasia (care of the dying - 1). *Selected writings 1958-2004*. New York: Oxford University Press, 2006. p. 133-137.
- SCHARFSTEIN, E. A. *Instituições de longa permanência: uma alternativa de moradia para os idosos brasileiros na vida contemporânea*. 2006. Tese (Doutorado) - UFRJ, Programa EICOS – Instituto de Psicologia. Rio de Janeiro, 2006.
- SEGAL, H. *Fear of death: notes of analysis of an old man*. London: *Isis*, v. XXXIV, 1957.
- WEISMAN, A. D. *On dying and denying: a psychiatric study of terminality*. New York: Behavioral Publications, 1972.
- WATSON, M. et al. *Oxford Handbook of Palliative Care*. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2009.
- World Health Organization. *Cancer Pain Relief*. Geneve, Switzerland, 1986.
- _____. *Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO Expert Committee*, TB 804, 1990.
- _____. Definition of palliative care. 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>> Acessado em: 24 fev. 2010.

_____. *Better palliative care for old people*. In: DAVIS, E.; HIGGINSON, I. WHO/Regional Office for Europe, 2004.

_____. *Guides of effective programs: palliative care*. Geneve, Switzerland, 2007.

_____. Programmes and projects: Cancer: Palliative Care. 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/en>> Acessado em: 25 mai. 2010.

DESAFIOS AO BEM-ESTAR FÍSICO E PSICOLÓGICO ENFRENTADOS POR IDOSOS CUIDADORES NO CONTEXTO DA FAMÍLIA: DADOS DO FIBRA CAMPINAS

Anita Liberalesso Neri

1 INTRODUÇÃO

Cuidar de idosos é uma tarefa evolutiva normativa na vida dos adultos mais velhos e dos idosos. É esperado que, em cumprimento a normas culturais de reciprocidade, os integrantes dessas coortes cuidem de seus ascendentes e sejam solidários para com as necessidades de seus contemporâneos, principalmente os cônjuges. Atualmente, no Brasil, o envelhecimento populacional determina que haja mais idosos para serem cuidados, por mais tempo e por outros idosos, uma vez que a duração da vida está aumentando e que está diminuindo a disponibilidade de indivíduos jovens para o cuidado (IBGE, 2008). No Reino Unido, um país envelhecido, pesquisas censitárias de âmbito nacional mostram que o número de cuidadores atinge seu ápice na população entre 45 e 49 anos. Nessa idade, 20% das pessoas são cuidadores informais. O tempo dedicado ao cuidado aumenta com a idade, principalmente para as mulheres, atingindo o nível mais alto entre 80 e 89 anos; 11,30% das mulheres são cuidadoras, contra 8,6% dos homens, mas depois dos 70 anos, aumenta substantivamente o número de homens cuidadores (DAHLBERG; DEMACK; BAMBRA, 2007).

O cuidado tende a ser desempenhado majoritariamente por mulheres que, com frequência, cuidam simultaneamente de crianças, adolescentes e idosos (ROBERTO; JARROT, 2008). Raramente o cuidador é um homem, uma vez que cuidar envolve tarefas e competências geralmente consideradas femininas, nas quais as mulheres mostram-se mais habilidosas por causa da maior exposição a oportunidades de aprendizagem ao longo da vida. Além de responder a normas culturais, o prestar cuidado responde a aspectos situacionais, entre eles a corresi-

dência e o número de pessoas que compartilham os recursos financeiros disponíveis na família. Ocorre num contexto de relações afetivas caracterizadas por histórias de vida entrelaçadas, e de afetos, conflitos, obrigações, interdições, valores e expectativas compartilhados.

Embora seja uma ocorrência previsível no curso de vida, exercer o cuidado geralmente onera os recursos físicos e psicológicos do cuidador e repercute sobre a sua agenda de atividades domésticas, laborais, sociais, físicas e de lazer (FERNANDES; GARCIA, 2009; GARRIDO; MENEZES, 2004; PINQUART; SORENSEN, 2006; VITALIANO *et al.*, 2007) e sobre sua percepção e a própria qualidade de vida (INOUYE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2008; PAULA; ROQUE; ARAÚJO, 2008). O ônus objetivo e o ônus percebido costumam ser altos, de forma que, muitas vezes, o prestar cuidados em família é vivido como se fosse um evento crítico (DIEHL, 1999) e inesperado (ANESHENSEL *et al.*, 1995) do curso da vida. Cansado, deprimido, ansioso, solitário e sentindo-se prisioneiro de um papel e de tarefas que competem fortemente com o que antes tinha liberdade de fazer, mesmo assim o cuidador deve oferecer ajuda para a realização de atividades de vida diária, orientar o idoso na realização de tarefas cognitivas envolvendo memória, orientação e atenção, atender a eventos agudos como quedas e infecções, dar conforto emocional, conduzir o idoso aos serviços de saúde, interagir com profissionais e, não raro, lidar com conflitos familiares.

Por ocorrer em continuidade a relações pessoais e familiares de longa duração, com frequência os cuidadores se veem diante de sentimentos ambíguos ou conflitantes com relação ao alvo dos cuidados, aos familiares, às tarefas de cuidado e a si mesmos. Relações afetivas muitas vezes conflitantes mesclam-se com o delicado tema de disponibilidade de recursos financeiros. O grau de dependência do idoso que é alvo de cuidados, o prognóstico relativo às suas condições, a duração do cuidado, as condições materiais objetivas da família e a disponibilidade de recursos formais interagem entre si e com as relações familiares.

Pearlin e colaboradores (1990) propuseram um modelo de análise que considera que os agravos à saúde física e mental do cuidador e sua percepção de ser cativo do papel e das tarefas de cuidar dependem das interações entre condições de contexto (incluindo, por exemplo, a composição da família e a disponibilidade de recursos formais) e as condições objetivas de saúde e dependência física e cognitiva daquele idoso, alvo do cuidado. A percepção de sobrecarga e de privação social acarretadas por essas condições depende não só das condições objetivas, mas também da avaliação cognitiva que o cuidador realiza sobre elas, a partir de critérios pessoais e de normas sociais. Os mesmos autores consideram que o ônus real e o

ônus percebido associados ao cuidar sofrem os efeitos de tensões secundárias ligadas ao papel de cuidador. Elas decorrem de conflitos familiares, de impedimentos ao exercício da profissão ou de restrições às relações sociais, de problemas financeiros e de questões operacionais. Associam-se a tensões intrapsíquicas derivadas dos desafios à autoestima e ao senso de domínio que o cuidado impõe aos cuidadores.

Em favor da melhor adaptação dessas pessoas, intervêm mecanismos de enfrentamento que elas próprias engendram, com base em seus recursos de personalidade e de regulação emocional (DAVIS *et al.*, 2007; HILDON *et al.*, 2009). Os recursos de personalidade interagem com os recursos sociais disponíveis, representados por ajuda instrumental, material, informativa e emocional, de natureza informal e formal. Estes também são sujeitos ao escrutínio pessoal do cuidador, que é quem julga se são suficientes, insuficientes, ou excessivos e invasivos (KRAUSE, 2006) e que sofre os efeitos desses julgamentos e das tentativas de manejar relações sociais eventualmente disfuncionais (ROOK *et al.*, 2007).

Em todo o mundo, os cuidados a idosos física e cognitivamente dependentes são em sua maior parte prestados no contexto familiar. Segundo Jacobzone (1999), com base em dados da Comunidade Europeia (CE), uma taxa não superior a 12% dos idosos dessa região vive em instituições de longa permanência (ILPIs). Camarano (2007) estima que, no Brasil, não mais de 0,8% dos idosos vive em ILPIs. Existe forte preconceito à institucionalização dos idosos, vista incondicionalmente como forma de abandono realizada pela família. Entretanto, os cuidadores brasileiros dispõem de poucas alternativas de acompanhamento e de obtenção de apoio informativo, instrumental e emocional de agentes profissionais (GIACOMIN *et al.*, 2005a), condição compartilhada, por exemplo, por cuidadores mexicanos (SILVA; VÁSQUEZ-GARNICA, 2008), portugueses (PIMENTA *et al.*, 2009) e taiwaneses (HUANG *et al.*, 2008), que é prejudicial à sua saúde física e psicológica.

Felizmente, aqui, são ainda robustos os padrões de ajuda mútua existentes em todos os estratos sociais, assim como ainda são fortes os laços de solidariedade que unem as gerações. No entanto, mudanças na estrutura familiar e nas relações de trabalho, atualmente em curso, estão provocando diminuição objetiva na capacidade da família brasileira para prestar apoio a seus membros idosos, o que acontece de forma mais acentuada em contextos de pobreza (CAMARANO *et al.*, 2004). Ao mesmo tempo, graças aos efeitos protetores de algumas políticas sociais e da acumulação de patrimônio ou poupança pelos idosos ao longo da vida, em todos os estratos sociais se observa um aumento na probabilidade de os idosos virem a ajudar economicamente os filhos adultos, quer proporcionando-lhes moradia e contribuindo para o orçamento doméstico, quer cuidando de netos,

bisnetos e parentes idosos (LLOYD-SHERLOCK, 2001; SAAD, 2004; NERI, 2007), mormente em situações de desemprego, viuvez, divórcio ou separação e de ausência da figura paterna.

A despeito das evidências sobre as mudanças em curso e sobre as perspectivas de futuro em relação ao cuidado familiar, predomina no país forte preconceito em relação a instituições para idosos. Ele se manifesta pela vitimização incondicional dos idosos institucionalizados, por idealizações relativas à obrigação filial de cuidar independentemente de qualquer circunstância e pela culpabilização das famílias que institucionalizam e das instituições que acolhem os idosos. Cidadãos comuns, profissionais e políticos se insurgem contra a criação de asilos para idosos como se isso fosse ocasionar a prática generalizada de institucionalizar, vista como expressão de abandono por parte da família, com forte potencial de contaminar o tecido social. As leis brasileiras consagram o dever dos filhos de cuidar dos pais idosos e dispõem sobre sanções aos que não cumprirem as normas. A consagração desse dever é base para a rejeição à criação de instituições de longa permanência e à institucionalização de idosos, mesmo em casos em que a família é insuficiente para garantir sua proteção e seu bem-estar. Entretanto, os governos são omissos quanto ao cumprimento das suas obrigações em relação aos idosos e aos cuidadores e não sancionam a omissão, o abandono, os abusos e a violência contra eles perpetrados pelas instituições e pelos agentes públicos e privados.

Nesse cenário complexo, movem-se os cuidadores familiares idosos, eles próprios passando pelas mudanças fisiológicas normais do envelhecimento, especialmente as que dizem respeito ao funcionamento dos sistemas imunológico e neuroendócrino, responsáveis pelos processos reguladores do organismo. A associação dos efeitos de variáveis genéticas associadas ao estilo de vida e de fatores situacionais, entre eles o estresse de longa duração gerado pelo cuidado, podem contribuir para a aceleração desse processo, traduzido em maior redução dos níveis de energia e força, para o aparecimento e o agravamento de doenças, para declínio funcional e para maior dificuldade de resistir aos estressores. São condições que integram a fragilidade biológica, definida como estado de vulnerabilidade fisiológica relacionado à idade, resultante da redução da reserva homeostática e da diminuição da capacidade do organismo para suportar o estresse (FRIED; WALSTON, 1999); estado de fraqueza muscular e outras perdas amplamente disseminadas em função e estrutura (BORTZ, 2002); risco aumentado para morbidade e mortalidade (MORLEY; PERRY; MILLER, 2002) e para doenças inflamatórias, anorexia, sarcopenia, osteopenia, declínio da função imune, déficits cognitivos, problemas hematológicos e do metabolismo da glucose, incapacidade (WALSTON *et al.*, 2006) e diminuição na capacidade para realizar importantes atividades práticas

e sociais da vida diária (BROWN *et al.*, 2009). Admite-se que as condições de fragilidade são significativamente agravadas pela idade, por pertencimento ao gênero feminino, por baixa escolaridade e por baixa renda (LORANT *et al.*, 2003; ROBERT *et al.*, 2009) e que se relacionam com déficit cognitivo (ÁVILA-FUNES *et al.*, 2009) e com depressão (PARK-LEE *et al.*, 2009).

Diferentemente do que ocorre com adultos jovens, em que as manifestações de depressão são principalmente de ordem afetiva, a depressão dos idosos manifesta-se principalmente por alterações cognitivas e por sintomas somáticos (FISKE; WETHERELL; GATZ, 2009), como perda de interesse em atividades habituais, fadiga, alterações do sono, problemas cognitivos e de memória, pensamentos sobre morte e desesperança (BUTTERS *et al.*, 2004). Na velhice, a depressão pode ocorrer em continuidade a manifestações de fases anteriores, pode ser decorrente de alterações fisiológicas típicas do envelhecimento ou pode ser gerada ou agravada por fatores contextuais. Em geral, há maior prevalência de sintomas depressivos entre os que têm doenças crônicas, como por exemplo, hipertensão, problemas cardíacos, diabetes e artrite (GEERLINGS *et al.*, 2000), os que sofreram perdas significativas (DE BEURS *et al.*, 2001), os que possuem baixo senso de controle (JANG *et al.*, 2002), os cuidadores familiares (PINQUART; SORENSEN, 2006), os social e economicamente mais vulneráveis (ROBERT *et al.*, 2009), os que se queixam de falta de suporte social (BLAZER, 2005), as mulheres (AREÁN *et al.*, 2005) e os que apresentam incapacidade funcional e problemas de saúde percebidos como estressantes (FRIEDMAN *et al.*, 2008).

De modo geral, idosos que enfrentam situações desafiadoras ou que sofrem múltiplas experiências negativas e inesperadas em seu ambiente social mostram-se mais doentes do que os que têm condições mais favoráveis (BECKETT *et al.*, 2002). Estressores ligados a tensões crônicas associadas ao exercício de papéis sociais, como o de cuidador, podem somar-se aos efeitos da exposição a outros eventos de vida e aumentar a percepção de incontrolabilidade, de ineficácia do enfrentamento ou de ônus excessivo das demandas de cada situação (ALDWIN; YANCURA; BOENINGER, 2007).

A literatura sobre cuidado apresenta grande quantidade de dados sobre as consequências negativas do cuidado para a saúde física e mental dos cuidadores familiares. Por exemplo, foram encontradas relações entre prestar cuidados e problemas de saúde física e mental no cuidador (FREDMAN *et al.*, 2010; PINQUART; SORENSEN, 2006; VITALIANO *et al.*, 2007) e entre prestar cuidados e aumento do risco de virem a proporcionar cuidados de má qualidade ou mesmo maltratar os idosos que estão sob seus cuidados (MC NEILL *et al.*, 2009). Borg

e Hallberg (2006) relataram relações entre baixa satisfação com a vida e prestar cuidados por muito tempo, ter problemas de saúde e poucos recursos financeiros. Em contrapartida, o envolvimento social e a atividade protegem idosos da depressão (BAPTISTA *et al.*, 2006; GLASS *et al.*, 2006; CHRIST *et al.*, 2007), assim como o enfrentamento religioso e o apoio social (LEE; CZAJA; SCHULZ, 2010).

Outro prejuízo que tem sido relacionado ao prestar cuidados – e igualmente à fragilidade –, diz respeito à redução da capacidade funcional. Ela é dependente da integridade física, do *status* cognitivo, das atitudes em relação a si mesmo, da motivação e do estado emocional. Manifesta-se no funcionamento independente na vida cotidiana, no envolvimento em atividades e no exercício de papéis. A capacidade funcional é indicada pelo grau de preservação da competência do indivíduo para realizar atividades básicas de vida diária (ABVDs), referentes ao autocuidado e à sobrevivência, e para realizar atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), relativas ao manejo da vida prática (NERI, 2010).

A funcionalidade se expressa, também, por meio de desempenhos sociais e cognitivos complexos relacionados ao trabalho, ao lazer, à vida social e a papéis sociais, que, genericamente falando, relacionam-se com a participação ou o envolvimento social. A diminuição na frequência dessas atividades complexas ou avançadas de vida diária (AAVDs) pode ser um indicador de declínio funcional, fragilidade, doenças e depressão, antes mesmo que as perdas em AIVDs e em ABVDs tornem-se evidentes (BALTES *et al.*, 1993). Também pode indicar mudanças socioemocionais e motivacionais adaptativas inerentes ao processo de envelhecimento, mediante as quais os idosos se afastam de alvos sociais irrelevantes ou prejudiciais à sua adaptação cognitiva e emocional e selecionam pessoas e atividades que lhes permitam maior bem-estar emocional e funcionalidade (SCHEIBE; CARSTENSEN, 2010). Finalmente, a diminuição na frequência, na variedade e no escopo das AAVDs pode estar ligada à restrição ao desempenho delas, em virtude dos compromissos do cuidado realizados dentro de casa, frequentemente apontados pelos cuidadores como a origem das percepções de não terem tempo para si, de serem cativos do papel, de privação social e de tolhimento da própria liberdade.

Este estudo envolve a exploração das relações entre características de idosos cuidadores (gênero e idade), circunstâncias do cuidado (o alvo e a intensidade do estresse gerado por cuidar), circunstâncias do contexto familiar em que ocorre o cuidado (renda familiar, arranjo de moradia e disponibilidade de apoios sociais), condições de saúde física e mental do cuidador (fragilidade, número de doenças e depressão) e sua participação em AAVDs. Os dados resultantes poderão contribuir para a compreensão sobre como se dá o cuidado a idosos exercido por outros idosos

vivendo sob diferentes condições de saúde e bem-estar social. Poderão funcionar também como pistas para a análise da demanda por serviços formais de cuidado e proteção a idosos.

Os objetivos deste trabalho são:

- 1) Em amostra de mulheres e homens idosos e cuidadores, caracterizar os alvos do cuidado e a intensidade do estresse gerado pelo cuidar; as condições de saúde dos cuidadores indicadas por fragilidade, número de doenças e sintomas depressivos; as condições do contexto do cuidado, indicadas por renda familiar, tipo de arranjo domiciliar e percepção de disponibilidade de apoios sociais; e a participação social dos cuidadores indicada pelo número de AAVDs que deixaram de desempenhar.
- 2) Investigar relações entre as variáveis gênero, idade, nível de renda familiar, tipo de arranjo domiciliar, percepção de disponibilidade de suporte social e fragilidade e as variáveis sintomas depressivos, número de doenças e participação social.

2 MÉTODOS

O estudo baseou-se em dados do banco eletrônico do estudo Fibra Campinas. Fibra é o acrônimo de *Rede de Estudos sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros*, dedicada à realização de um estudo multicêntrico sobre esse fenômeno e suas relações com variáveis socioeconômicas, psicológicas e sociais, de saúde e estilo de vida, de capacidade funcional e de acesso e uso de serviços de saúde. Foram coletados dados em 17 cidades brasileiras, sob a coordenação de pesquisadores da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (USP), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).¹

2.1 Participantes

Por meio da técnica de amostragem por conglomerados foi construída amostra probabilística dos idosos de Campinas, tendo como unidade amostral os setores censitários da zona urbana do município (N = 835). Os idosos que compuseram a amostra residiam em 88 dos 90 setores censitários sorteados. Foram recrutados em domicílio por agentes comunitários de saúde, estudantes universitários, agentes de pastorais religiosas e profissionais de educação física e lazer, respectivamente, 72,4%, 10,7%, 10,6% e 6,3% da amostra.

1. O CNPq apoiou os quatro polos da Rede Fibra, mediante convênios específicos. O de Campinas teve o nº 555.082-2006-7.

Os recrutadores utilizaram os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 65 anos, compreender as instruções, concordar em participar e ser residente permanente no domicílio e no setor censitário. Seguindo-se as recomendações metodológicas de Ferrucci e colaboradores (2004), foram adotados os seguintes critérios de exclusão: *i*) presença de problemas de memória, atenção, orientação espacial e temporal, comunicação, sugestivos de grave déficit cognitivo; *ii*) incapacidade permanente ou temporária para andar, permitindo-se uso de bengala ou andador, mas não de cadeira de rodas; *iii*) perda localizada de força e afasia decorrentes de grave acidente vascular encefálico; *iv*) comprometimentos graves da motricidade, da fala ou da afetividade associados à doença de Parkinson em estágio avançado ou instável; *v*) déficits de audição ou de visão graves dificultando fortemente a comunicação; e *vi*) estar em estágio terminal.

Os idosos participaram de uma sessão de coleta de dados de 40 a 120 minutos de duração, a qual foi presidida por uma equipe composta por cinco ou seis pessoas treinadas. A sessão começava com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, em formato aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, mediante o parecer 208/2007. Seguiam-se os questionários de identificação e de dados sociodemográficos, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), medidas de pressão arterial e antropométricas, coleta de sangue, exame bucal e as medidas do fenótipo de fragilidade – força de preensão, velocidade da marcha, fadiga, perda de peso e inatividade física –, operacionalizadas por Fried *et al.* (2001).

O desempenho superior à nota de corte obtido no MEEM foi adotado para participação dos idosos nas demais medidas, entre elas as de suporte social percebido, de doenças crônicas autorrelatadas, de desempenho autorrelatado de AAVDs, de sintomas depressivos e de experiência de eventos estressantes, que foram objeto de análise no presente estudo. As notas de corte para o MEEM foram as estabelecidas por Brucki *et al.* (2003), menos um desvio-padrão. Por pontuação inferior à nota de corte no MEEM foram excluídos 211 idosos.

Dentre os 689 idosos que participaram da medida de experiência de eventos estressantes, foram selecionados os que responderam afirmativamente a duas questões sobre cuidado existentes nesse instrumento: *Nos últimos cinco anos, teve de cuidar do pai ou da mãe doente?* e *Nos últimos cinco anos, teve de cuidar do marido ou da esposa doente?* Essa subamostra totalizou 176 idosos, dentre os quais 123 eram mulheres. A idade do grupo variou entre 68 e 90 anos, sendo a idade média igual a 71,8 (+ 4,86) anos. A maior parte desses cuidadores tinha entre 65 e 74 anos: 34,48% tinham de 65 a 69 anos e 43,68% tinham entre 70 e 74. Quanto

aos demais, 14,37% estavam na faixa de 75 a 79 anos e 7,47% tinham 80 anos e mais. A renda familiar variou entre menos de um salário mínimo (SM) e mais de 10 SMs mensais: 9,43% ganhavam menos de 1 SM, 38,36% tinham renda de 1,1 SM a 3 SMs; 26,42% ganhavam entre 3,1 SMs e 5 SMs, 17,61%, de 5,1 SMs a 10 SMs e 8,18% relataram ter renda familiar superior a 10 SMs mensais. A renda média do grupo era de 4,64 SMs (+ 5,14) e a mediana alcançou 3,23 SMs.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os homens e as mulheres com relação à idade e à renda familiar. Porém, observou-se que os mais velhos revelaram-se significativamente mais pobres: entre os idosos de 80 anos e mais, 30,77% tinham renda familiar mensal menor que 1 SM e 46,15% tinham renda entre 1,1 SMs e 3 SMs. O teste Kruskal Wallis foi usado para comparar os grupos de idade e revelou diferenças significativas que confirmaram o prejuízo dos mais velhos em relação aos mais novos: a média de renda dos idosos de 80 anos e mais foi de 2,33 SMs, a dos de 75 a 79 anos foi de 4,09 SMs, a dos que tinham entre 70 e 74 foi de 5,59 SMs e a dos mais jovens (65 a 69 anos) foi de 4,17 SMs (valor-p = 0,045 para o teste Kruskal Wallis e < 0,05 para o *post hoc* de Dunn).

2.2 Instrumentos e medidas

As variáveis de interesse para este projeto foram investigadas mediante as condições que se seguem.

- 1) Idade, gênero e renda familiar. Três questões de autorrelato, cujos resultados eram anotados pelos avaliadores no formulário de pesquisa (data de nascimento, gênero masculino x feminino e renda familiar mensal em valores brutos, que depois foram classificados em cinco faixas de SM: ≥ 1 ; 1,1 a 3; 3,1 a 5; 5,1 a 10; e > 10).
- 2) Cuidado. O envolvimento dos idosos com experiências de cuidado foi avaliado por meio de dois itens do *The Elders Life Stress Inventory* – ELSI (ALDWIN, 1990), traduzido e adaptado para idosos brasileiros (FORTESBURGOS; NERI; CUPERTINO, 2008). Os eventos relacionavam-se a cinco domínios: *i*) finitude; *ii*) descendência; *iii*) prestação de cuidados; *iv*) bem-estar; *v*) marcadores de transição no curso da velhice. Os idosos respondiam *sim* ou *não* à pergunta relativa a cada evento, feita nos seguintes termos: *Alguma vez, nos últimos 5 anos, o(a) senhor(a)?* Em seguida, solicitava-se que classificassem a intensidade do estresse gerado por essa experiência numa escala de 1 a 5.

- 3) Arranjo de moradia. Foi avaliado por meio de uma questão de autorrelato com seis itens dicotômicos, em que se perguntava se o idoso morava sozinho; só com o cônjuge; com cônjuge e filho(s); com cônjuge, filhos, netos e/ou bisnetos; sem o cônjuge, com a família de um filho; com outros parentes; com pessoas de fora da família ou em arranjos mistos.
- 4) Suporte social percebido. Foram aplicados cinco itens semanticamente adaptados para o português do inventário *Interpersonal Support Evaluation List* (ISEL) (COHEN *et al.*, 1985; BATISTONI, 2007), cada um com quatro intensidades. Os itens representam quatro funções do suporte percebido e avaliam a percepção dos idosos a respeito da disponibilidade de pessoas para atender suas necessidades de suporte tangível (assistência material ou apoio instrumental), pertencimento ou suporte afetivo (identificação com alguém da rede de suporte), favorecimento à autoestima (comparações positivas com os outros) e suporte informativo (oferta de informações, sugestões e conselhos). A pontuação variava de 1 a 20. Foram calculados os tercis relativos aos escores da amostra. Aqueles que pontuaram ≤ 16 foram considerados com baixo suporte social percebido; entre 17 e 19 pontos, com médio suporte social percebido; e 20 pontos, com alto suporte social percebido.
- 5) Número de doenças crônicas. Perguntou-se aos idosos se algum médico havia dito que eles tinham as doenças crônicas que o entrevistador iria citar, uma a uma (doenças do coração; hipertensão; diabetes mellitus; AVC/derrame/isquemia; artrite/reumatismo; depressão; osteoporose; depressão e câncer). As respostas afirmativas foram contadas e criadas três categorias: 0, 1 ou 2 e 3, ou mais doenças.
- 6) Sintomas depressivos. Foram avaliados por meio da Escala de Depressão Geriátrica – *Geriatric Depression Scale* (GDS) – (YESAVAGE *et al.*, 1983; ALMEIDA; ALMEIDA, 1999), com 15 itens e nota de corte ≥ 6 .
- 7) Fragilidade. A classificação dos idosos por nível de fragilidade foi referenciada ao número de critérios em que pontuaram para esse desfecho, conforme a operacionalização de Fried *et al.* (2001), em estudo prospectivo. Idosos que pontuaram para três ou mais desses critérios foram classificados como frágeis; os que pontuaram para um ou dois, como pré-frágeis; e os que não pontuaram para nenhum, como não frágeis. Os critérios são:
 - a) *perda de peso não intencional no último ano*, superior a 4,5 kg ou a 5% do peso corporal, com ajustamento por sexo e índice de massa corporal (IMC);

b) fadiga, indicada por respostas *sempre* ou *quase sempre* a qualquer um dos dois itens (7 e 20) da *Center for Epidemiological Studies-Depression* (CES-D) (RADLOFF, 1977; BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2007);

c) *baixa força de preensão*, indicada por valores localizados abaixo do 1º quintil da amostra, com ajustamento por sexo e IMC. Para cada idoso foi calculada a média de três medidas feitas com dinamômetro hidráulico portátil tipo Jamar, colocado na mão dominante, segundo protocolos clássicos. Este indicador e a baixa velocidade da marcha foram utilizados como medidas objetivas de força muscular;

d) *baixa velocidade da marcha*, indicada pelos valores localizados acima do percentil 80 das medidas do tempo para percorrer uma distância de 4,6 m, com ajustamento por altura e sexo. Foi calculada a média de três medidas, realizadas conforme Guralnik *et al.* (1994) e Nakano (2007);

e) *baixo gasto calórico*, avaliado a partir do autorrelato da frequência e da duração de exercícios físicos e de atividades domésticas realizadas na semana anterior. Foi indicado pelos valores localizados abaixo do 1º quintil da distribuição das taxas de gasto metabólico em *k* calorias, com ajustamento por sexo. Para obter os dados foi utilizada uma forma adaptada do *Minnesota Leisure Activity Questionnaire* (TAYLOR *et al.*, 1978; LUSTOSA *et al.*, submetido). A contagem dos equivalentes metabólicos de cada atividade (METs) foi feita com base na tabela de Ainsworth *et al.* (2000) (1 MET = 0,0175 cal x kg⁻¹ x min⁻¹). O cálculo do gasto calórico em *k* calorias semanais foi calculado mediante o algoritmo:

gasto calórico = 0,0175 kcal x kg⁻¹ x min⁻¹ x METs x peso corporal (kg).

8) Descontinuidade do desempenho de AAVDs. Esta medida foi utilizada como indicador de diminuição na participação social. Sua avaliação foi feita por meio de um questionário com 13 itens de autorrelato sobre atividades que colocam o idoso em contato com papéis e com atividades sociais cujo desempenho exige independência física, autonomia, investimento de tempo e motivação (BALTES *et al.*, 1993; REUBEN *et al.*, 1990; SOUZA; MAGALHÃES; TEIXEIRA-SALMELLA, 2006; STRAWBRIDGE; WAL-LHAGEN; COHEN, 2002). Os itens incluíam: fazer e receber visitas, ir à igreja, ir a festas e a eventos culturais, realizar dança de salão, fazer viagens curtas e longas, dirigir automóvel, desempenhar trabalho remunerado e

voluntário, participar de universidade da terceira idade e de centro de convivência, e participar de diretorias ou conselhos de sociedades. Para cada uma havia três alternativas de resposta: *nunca fiz, ainda faço e parei de fazer*. Para cada idoso foram desconsideradas as atividades que nunca havia realizado e contada a frequência das que ainda desempenhava e das que tinha deixado de desempenhar. O escore de cada idoso nessa medida baseou-se na relação entre as duas medidas.

3 RESULTADOS

A grande maioria dos idosos (79,31%) cuidava ou havia cuidado do cônjuge, 31,40% envolveram-se em cuidados aos pais e 10,71%, a ambos. Um percentual comparável de cuidadores do cônjuge ou dos pais pontuou no extremo superior (intensidades 4 e 5 das escalas que avaliaram a intensidade do estresse gerado pelo cuidado).

O arranjo de moradia mais comum foi o de convivência apenas com o cônjuge; em segundo lugar foi morar com a família de um filho; em terceiro, morar sozinho; em quarto, compartilhar a casa com o cônjuge e filhos; e, por último, os demais tipos de arranjos. Numa escala de 1 a 20, a pontuação em avaliação de disponibilidade de suporte social foi de 17,04 + 3,19, sendo a mediana de 18 pontos. Na tabela 1 podem ser observados os valores percentuais da distribuição dessas variáveis.

Apenas 5,17% dos idosos pontuaram para fragilidade, taxa inferior aos 8% de frágeis encontrados para a amostra total de Campinas. Os demais distribuíram-se, metade por metade, pelos níveis de pré-fragilidade e de ausência de fragilidade. Lentidão da marcha foi menos frequente do que baixa força de prensão manual. O número médio de doenças crônicas autorrelatadas foi de 2,43 + 1,61, com mediana igual a 2; a pontuação média na GDS foi de 3,66 + 2,74 e a mediana de 4,82; o número médio de AAVDs abandonadas foi de 3,07 + 1,82, com mediana igual a 3.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as frequências de avaliações da intensidade do estresse gerado pelo cuidado oferecido ao cônjuge e aos pais conforme as variáveis gênero, idade e renda familiar, o que sugere relativa homogeneidade da amostra em relação a essa avaliação.

Houve um percentual maior de homens morando somente com a esposa (44% *versus* 30,08% das mulheres) ou com a esposa e filho(s) (26% dos homens *versus* 13% das mulheres). Não havia homens morando sem a esposa, com a família de um filho, mas 20,20% das mulheres moravam nesse tipo de arranjo ($p < 0,001$ para teste Exato de Fisher).

TABELA 1

Distribuição das variáveis de interesse na amostra como um todo (n = 176)

Variáveis	Categorias	N	%
Alvo do cuidado	Cônjuge	138	79,31
	pai ou mãe	54	31,40
Intensidade do estresse gerado pelo cuidado prestado ao cônjuge	1	12	9,60
	2	6	4,80
	3	26	20,80
	4	7	5,60
	5	74	59,20
Intensidade do estresse gerado pelo cuidado prestado aos pais	1	5	10,42
	2	5	10,42
	3	5	10,42
	4	5	12,50
	5	27	56,25
Arranjo de moradia	Sozinho(a)	27	15,61
	Com cônjuge	59	34,10
	Com cônjuge e filho(s)	29	16,76
	Com cônjuge, filho(s), neto(s) e bisneto(s)	11	6,36
	Com a família de um filho	31	17,92
	Com outro(s) parente(s)	5	2,89
	Com pessoa(s) de fora da família	1	0,58
	Arranjos mistos	10	5,78
Suporte social percebido	Baixo	30	17,65
	Médio	81	47,65
	Alto	59	34,71
Número de doenças	Zero	21	45,98
	1 ou 2	73	48,85
	3 ou +	80	5,17
Depressão		35	20,11
Baixa força de preensão manual		30	17,24
Baixa velocidade da marcha		25	14,45
Nível de fragilidade	Não frágeis	80	45,98
	Pré-frágeis	85	48,85
	Frágeis	9	5,17
AAVDs que deixou de desempenhar	Zero	8	4,60
	1 ou 2	65	37,36
	3 ou +	101	58,05

Fonte: Fibra Campinas, Idosos, 2008-2009.

Em número de doenças, a média das mulheres ($2,74 \pm 1,63$) foi significativamente superior à dos homens ($1,67 \pm 1,29$, para $p < 0,001$). Em contrapartida, os homens relataram ter abandonado um número significativamente maior de AAVDs ($M = 3,61 \pm 1,76$) do que as mulheres ($M = 2,85 \pm 1,81$, para $p = 0,010$) (Teste U de Mann Whitney).

Os idosos com mais de 80 anos foram os mais prejudicados em força de preensão: 38,46% dos octogenários e 32% dos com 75 a 79 anos pontuaram abaixo do quintil 1 em força de preensão, mas essa taxa foi de 13,33% para os de 70 a 74 anos e de 11,84% para os de 65 a 69 anos ($p = 0,020$ – Teste Exato de Fisher). Os octogenários relataram ter parado de realizar mais AAVDs (4,15) do que os idosos mais jovens (valor- $p = 0,037$ para o teste Kruskal Wallis e $p < 0,005$ no teste *post hoc* de Dunn). A média dos outros grupos etários foi de 3,14 no de 75 a 79, 3,36 no de 70 a 74 e 2,62 no de 65 a 69 anos.

Entre os mais pobres foi observada a proporção mais alta de idosos morando sozinhos (53,33%) e, entre os com ganhos superiores a 10 SMs, a maior frequência de idosos morando apenas com o cônjuge ($p = 0,010$ para o teste Exato de Fisher). Igualmente entre os mais pobres foi encontrada a frequência mais alta de deprimidos segundo o escore na GDS (53,33%). Foram encontradas frequências de 21,31%, 14,29%, 7,14% e 0,00% nos grupos com renda de 1,1 SM a 3 SMs, de 3,1 SMs a 5 SMs, de 5,1 SMs a 10 SMs e de > 10 SMs, respectivamente. No grupo mais pobre, o escore médio obtido na GDS foi o mais alto ($5,20 \pm 3,0$), contra 3,97, 3,24, 3,14 e 2,08 nos demais grupos ordenados da segunda para a maior faixa de renda ($p = 0,08$, para teste Kruskal Wallis e $p < 0,05$ para o teste de Dunn).

Não foi observada associação estatisticamente significativa das variáveis gênero, idade e renda familiar com suporte social percebido.

Foi feita análise de conglomerados para conhecer as formas de associação conjunta das variáveis. Foi estabelecido *a priori* o número de dois conglomerados formados pelos participantes, conforme sua pontuação nas variáveis de interesse. A representação dos dois conglomerados deveria caracterizar-se pela menor distância entre os sujeitos de cada um e pela maior distância entre os respectivos centroides. O método usado foi o da partição (ver tabela 2).

Os dois conglomerados tiveram um R^2 de 0,097, ou seja, explicaram 9,7% da variabilidade dos dados. As variáveis que mais contribuíram para a formação dos grupos foram fragilidade, baixa força de preensão e baixa velocidade da marcha.

TABELA 2
Valores resultantes da análise de conglomerados (n = 174)

Conglomerado	N	Distância máxima da origem à observação	Conglomerado mais próximo	Distância entre os centroides dos conglomerados
1	91	4,7493	2	2,0500
2	83	4,9993	1	2,0500
Variável	DP total	DP intraconglomerado	Coefficiente de determinação (R ²)	RSQ/(1-RSQ)
Gênero	1,00000	0,98386	0,037616	0,039686
Idade	1,00000	1,00134	0,003110	0,003119
Renda familiar	1,00000	1,00160	1,003151	0,003161
Suporte percebido	1,00000	1,00139	0,003158	0,003168
Arranjo domiciliar	1,00000	1,00067	0,004478	0,004498
Depressão	1,00000	0,93827	0,124747	0,142527
Fragilidade	1,00000	0,79930	0,364810	0,574333
Número de doenças	1,00000	0,97099	0,062625	0,060809
AAVDs	1,00000	0,94111	0,119437	0,135637
Força de preensão	1,00000	0,89690	0,200225	0,250352
Velocidade de marcha	1,00000	0,93484	0,131163	0,130964
Total	1,00000	0,95314	0,096831	0,107213

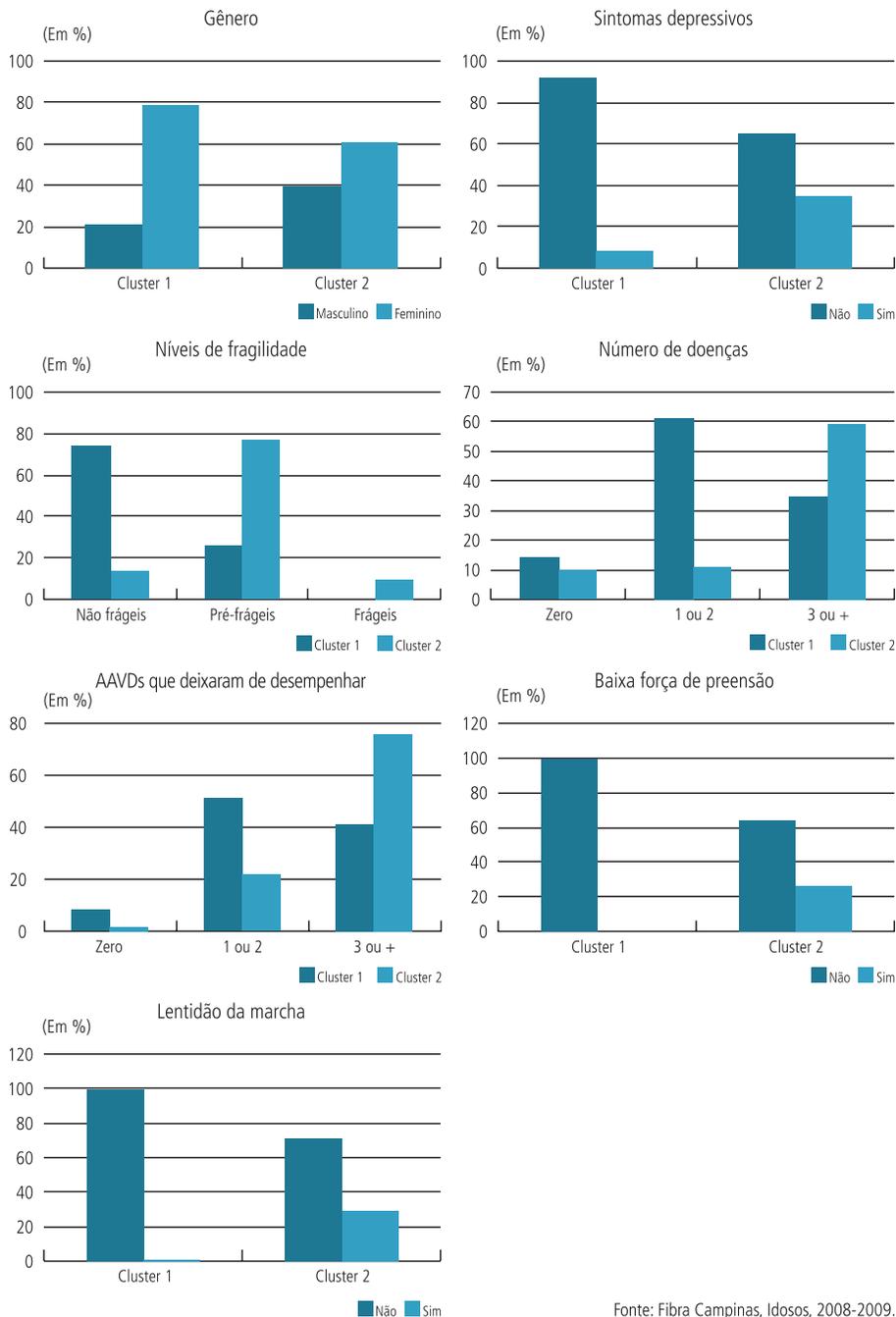
Fonte: Fibra Campinas, Idosos, 2008-2009.

O grupo 1 foi predominantemente formado por mulheres e por idosos sem depressão, não frágeis, com menos doenças crônicas (0 a 2), que abandonaram menos AAVDs (0 a 2) e que não pontuaram para baixa força de preensão e baixa velocidade da marcha. O grupo 2 foi predominantemente formado por homens e por idosos com depressão, pré-frágeis ou frágeis, com três ou mais doenças, que haviam abandonado três ou mais AAVDs e que apresentaram baixa força de preensão e baixa velocidade da marcha. No gráfico 1 são mostradas as frequências de respostas para as variáveis que entraram em cada um dos conglomerados.

Por último foram feitas análises de regressão logística univariada e multivariada para conhecer as relações entre as variáveis gênero, idade, renda familiar, arranjo domiciliar, suporte social percebido, nível de fragilidade, força de preensão, velocidade da marcha, depressão, número de doenças e descontinuidade de AAVDs. Baixa renda configurou-se como fator de risco para depressão; ser mulher, para número de doenças; e ser homem, para descontinuidade de AAVDs.

GRÁFICO 1

Distribuição dos idosos conforme cada uma das variáveis que compuseram os dois conglomerados



Fonte: Fibra Campinas, Idosos, 2008-2009.

Na tabela 3 estão expostos dados sobre a associação das variáveis de interesse com depressão. Os idosos com renda familiar inferior a 1 SM tinham 22,29 mais risco de ter depressão do que os que ganhavam mais de 5 SMs. E os que ganhavam de 1,1 SM a 3 SMs tinham 5,28 mais risco de ter depressão do que os que ganhavam mais de 5,1 SMs.

A análise multivariada com critério *stepwise* de seleção de variáveis evidenciou a associação entre baixa renda e depressão entre os cuidadores: os mais pobres tinham 43,43 vezes mais risco e os que ganhavam de 1,1 SM a 3 SMs tinham 10,51 mais risco para depressão do que os que ganhavam mais de 5 SMs (tabela 4).

TABELA 3
Resultados da análise de regressão logística univariada para depressão (n = 174)

Variável	Categorias	Valor-p	O.R. ¹	IC 95% O.R. ¹
Gênero	Masculino (ref.)	---	1,00	---
	Feminino	0,602	1,25	0,54 – 2,90
Idade	65-69 anos (ref.)	---	1,00	---
	70-74 anos	0,666	0,83	0,35 – 1,97
	75-79 anos	0,422	1,56	0,53 – 4,57
	≥80 anos	0,804	1,20	0,29 – 5,05
	>5,0 SMs (ref.)	---	1,00	---
Renda familiar	3,1 SMs -5,0 SMs	0,165	3,25	0,62 – 17,15
	1,1 SM-3,0 SMs	0,035	5,28	1,12 – 24,82
	≤1,0 SMs	<0,001	22,29	3,89 – 127,72
Suporte social	Alto (ref.)	---	1,00	---
	Médio	0,391	1,48	0,61 – 3,59
	Baixo	0,351	1,69	0,56 – 5,10
Arranjos de moradia	Só cônjuge (ref.)	---	1,00	---
	Cônjuge e filhos	0,362	0,57	0,17 – 1,92
	Família expandida	0,705	1,33	0,31 – 5,73
	Sem cônjuge e com família de filhos	0,298	0,52	0,16 – 1,77
	Sozinho	0,984	1,01	0,34 – 3,03
	Outros	0,446	1,61	0,47 – 5,47

Fonte: Fibra Campinas, Idosos, 2008-2009.

Nota ¹O.R. (*Odds Ratio*) = Razão de risco para depressão; (n = 139 sem depressão e n = 35 com depressão).

IC 95% O.R. = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref.: nível de referência.

TABELA 4
Resultados da análise de regressão logística multivariada para depressão (n = 155)

Variáveis selecionadas	Categorias	Valor-p	O.R. ¹	IC 95% O.R. ¹
Renda familiar	>5,0 SMs (ref.)	---	1,00	---
	3,1 SMs-5,0 SMs	0,090	6,51	0,75 – 56,84
	1,1 SM-3,0 SMs	0,027	10,51	1,32 – 84,00
	≤ 1,0 SM	<0,001	43,43	4,67 – 403,75

Nota: ¹ O.R. (*Odds Ratio*) = Razão de risco para depressão; (n = 127 sem depressão e n = 28 com depressão).

IC 95% O.R. = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

Ter três doenças ou mais foi considerado como valor de referência para a análise do risco para número de doenças. Nessa análise, ser mulher revelou-se como fator de risco quatro vezes maior do que ser homem (tabela 5). A análise de regressão logística multivariada confirmou esse dado (tabela 6).

TABELA 5
Resultados da análise de regressão logística univariada para comorbidades (n = 174)

Variável	Categorias	Valor-p	O.R. ¹	IC 95% O.R. ¹
Sexo	Masculino (ref.)	---	1,00	---
	Feminino	<0,001	4,02	1,92 – 8,41
Idade	65-69 anos (ref.)	---	1,00	---
	70-74 anos	0,339	0,72	0,36 – 1,42
	75-79 anos	0,520	0,74	0,29 – 1,88
	≥ 80 anos	0,391	0,59	0,17 – 1,99
	> 5,0 SMs (ref.)	---	1,00	---
Renda familiar	3,1 SMs-5,0 SMs	0,893	1,06	0,44 – 2,56
	1.1 SM-3,0 SMs	0,492	1,33	0,59 – 2,96
	≤ 1,0 SM	0,073	3,13	0,90 – 10,84
	Alto (ref.)	---	1,00	---
Suporte social	Médio	0,921	1,04	0,53 – 2,04
	Baixo	0,328	1,55	0,64 – 3,76
	Só cônjuge (ref.)	---	1,00	---
Arranjos de moradia	Cônjuge e filhos	0,929	0,96	0,39 – 2,37
	Família expandida	0,850	1,13	0,31 – 4,14
	Sem cônjuge e com família de filhos	0,262	1,65	0,69 – 3,97
	Sozinho	0,887	0,94	0,37 – 2,36
	Outros	0,158	2,27	0,73 – 7,06

Fonte: Fibra Campinas, Idosos, 2008-2009.

Nota: ¹O.R. (Odds Ratio) = Razão de risco para comorbidades; (n = 94 com zero a duas doenças e n = 80 com três ou mais doenças).

IC 95% O.R. = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref.: nível de referência.

TABELA 6
Resultados da análise de regressão logística multivariada para comorbidades (n = 155)

Variáveis selecionadas	Categorias	Valor-p	O.R. ¹	IC 95% O.R. ¹
1. Sexo	Masculino (ref.)	---	1,00	---
	Feminino	< 0,001	4,09	1,85 – 9,07

Fonte: Fibra Campinas, Idosos, 2008-2009.

Nota: ¹O.R. (Odds Ratio) = Razão de risco para mais comorbidades; (n = 87 com zero a duas doenças e n = 68 com três ou mais doenças).

IC 95% O.R. = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Critério Stepwise de seleção de variáveis.

Na análise de regressão univariada para nível de participação social indicado pela descontinuidade ou pelo abandono de AAVDs, os homens e os idosos que avaliaram mais negativamente a disponibilidade de suporte social apareceram como os mais prejudicados, como se pode ver na tabela 7 (os homens com duas vezes mais risco do que as mulheres e os com avaliação negativa do suporte social com 2,77 mais risco). No entanto, na análise de regressão multivariada por critério *stepwise*, não foram encontradas relações estatisticamente significantes entre as variáveis.

TABELA 7

Resultados da análise de regressão logística univariada para número de AAVDs que os idosos relataram ter deixado de realizar (n = 174)

Variável	Categorias	Valor-p	O.R. ¹	IC 95% O.R. ¹
Sexo	Feminino (ref.)	---	1,00	---
	Masculino	0,033	2,14	1,07 – 4,31
Idade	65-69 anos (ref.)	---	1,00	---
	70-74 anos	0,116	1,73	0,87 – 3,44
	75-79 anos	0,328	1,60	0,62 – 4,13
	≥ 80 anos	0,072	3,56	0,89 – 14,25
Renda familiar	>5,0 SMs (ref.)	---	1,00	---
	3,1 SMs-5,0 SMs	0,440	0,71	0,30 – 1,69
	1,1 SM-3,0 SMs	0,427	1,39	0,62 – 3,11
	≤ 1,0 SM	0,478	1,57	0,45 – 5,40
Suporte social	Alto (ref.)	---	1,00	---
	Médio	0,992	1,00	0,51 – 1,97
	Baixo	0,043	2,77	1,03 – 7,45
	Só cônjuge (ref.)	---	1,00	---
Arranjos de moradia	Cônjuge e filhos	0,584	1,29	0,52 – 3,20
	Família expandida	0,307	2,10	0,51 – 8,71
	Sem cônjuge e com família de filhos	0,921	0,96	0,40 – 2,29
	Sozinho	0,724	0,85	0,34 – 2,12
	Outros	0,638	1,31	0,42 – 4,09

Fonte: Fibra Campinas, Idosos, 2008-2009.

Nota:¹ O.R. (*Odds Ratio*) = Razão de risco para dificuldades em AAVDs (n = 73 com zero a duas dificuldades e n = 101 com três ou mais dificuldades).

IC 95% O.R. = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref.: nível de referência.

4 DISCUSSÃO

Os participantes corresponderam a 19,5% dos 900 indivíduos que compuseram a amostra representativa dos idosos com 65 anos e mais da cidade de Campinas (SP) e a 25,5% dos 689 (ou 76,5%) que foram selecionados daquela amostra, com base no resultado superior à nota de corte que obtiveram no MEEM. Os 25,5% são um percentual compatível com a taxa encontrada no estudo de Bam-

buí, no qual 23% dos idosos foram identificados como necessitados de cuidado (GIACOMIN *et al.*, 2005a), e com as taxas encontradas pelo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (Sabe) quanto à prevalência de incapacidade funcional. Neste estudo, os percentuais de idosos com 75 anos e mais e, dentre eles, homens com 75 anos e mais, com dificuldades para o desempenho de três ou mais AIVDs, foram, respectivamente, de 25,14% e 22,1%. A frequência de homens de 75 anos e mais que apresentavam dificuldades para um ou dois ABVDs foi de 27,8% (DUARTE, 2003). Os percentuais de deterioração cognitiva sugestiva de demência no mesmo estudo foram de 12,8% entre 75 e 79 anos, de 19,5% entre 80 e 84 e de 31,6% aos 80 anos e mais (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2003).

A seleção dos cuidadores baseou-se na declaração deles de que haviam cuidado do cônjuge ou de pais idosos no decorrer dos últimos cinco anos. A inexistência de dados sobre a exata duração do cuidado, sobre há quanto tempo haveria cessado em virtude de morte ou eventual recuperação do paciente e sobre a eventual presença de ajuda proveniente das redes de relações informais ou formais limita a interpretação dos dados. A essas limitações somam-se as decorrentes do desconhecimento sobre o diagnóstico e o prognóstico das doenças apresentadas pelos pacientes do cuidado. Porém, considerando que as avaliações cognitivas feitas pelos cuidadores têm forte peso sobre seu estado emocional e sobre as estratégias de enfrentamento que moderam as relações entre as circunstâncias do cuidado, as condições de sua saúde física e mental e a sua participação social, este estudo aceitou como suficientes os dados sobre a intensidade do estresse que aqueles haviam experimentado ou estavam experimentando.

À semelhança das amostras de outros estudos nacionais e internacionais, a maioria dos cuidadores eram mulheres cuidando dos maridos (DAHLBERG; DEMACK; BAMBRA, 2007; NASCIMENTO *et al.*, 2008). Cumpriam, assim, normas e valores sociais que determinam que cabe às mulheres cuidar de idosos, de crianças e doentes de modo geral, e do marido em particular (GIACOMIN; UCHOA; LIMA-COSTA, 2005b). Cabe às mulheres gerenciar as relações de intimidade, o que lhes oferece mais chances do que aos homens para afirmar a identidade e para ter poder dentro da família. O domínio sobre as relações de intimidade é por elas adquirido ao longo da vida. Cuidar física e emocionalmente tem base em desígnios biológicos que fundamentam as aprendizagens de papéis de gênero de mulheres e homens. Os deveres femininos pertencem ao âmbito privado, que se contrapõe ao público, no qual os homens têm prioridade. Na velhice, homens mais doentes, com menos bons hábitos de autocuidado à saúde, com escassos papéis sociais e com menos autonomia dentro de casa do que as mulheres idosas, tendem a submeter-se e a serem mais protegidos do que elas. A maior parte deles é cuidada

por esposas igualmente idosas. Outros são atendidos por esposas mais jovens com as quais se ligaram em segunda ou terceira união, e um terceiro e menor grupo, por filhas e noras de meia-idade ou adentrando a velhice.

A semelhantes determinações culturais, que não são estáticas, mas que ainda hoje cumprem a agenda tradicional, soma-se o fato de que, em muitos contextos, embora vivam mais, as mulheres são mais pobres e mais doentes do que os homens. As regras sociais informais relativas ao matrimônio ainda hoje estabelecem que as mulheres devem se casar com homens mais velhos e que, ao contrário dos homens, as mulheres mais velhas não são boas candidatas ao casamento. Por essas razões as mulheres mais velhas casadas têm grande chance de virem a ser cuidadoras dos maridos e, quando viúvas, a serem cuidadoras de pais e sogros. Depois de longos anos dedicados a cuidar, muitas idosas, viúvas ou solteiras, sem filhos, podem vir a ficar sozinhas e desamparadas. As mulheres idosas têm maior probabilidade de serem institucionalizadas e de sofrerem maus-tratos do que os homens (NERI, 2007).

A grande maioria dos cuidadores tinha entre 65 e 74 anos, sem diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros e em relação à estratificação dos idosos por idade encontrada pelo IBGE (2008) no município de Campinas. Esses idosos fazem parte de um contingente populacional que, ao longo das últimas décadas, viu aumentar expressivamente a sua expectativa de vida, a duração de sua velhice e as possibilidades de virem a prestar cuidados de longa duração a cônjuges pertencentes à sua coorte e a ascendentes muito idosos. No Sabe, a esperança de vida aos 60 anos foi estimada em 22,09 anos para as mulheres e em 16,15 anos para os homens; aos 75 anos, a esperança de vida para as mulheres foi estimada em 11,87 anos e para os homens, em 8,51 anos. Estimou-se também que, aos 60 anos, as mulheres podiam esperar viver 89,4% dos seus anos de vida remanescentes sem incapacidade e os homens, 91%. Aos 75 anos essas taxas foram de 81,5% para as mulheres e de 89,4% para os homens (SANTOS, 2003). Uma segunda razão para a predominância de mulheres no desempenho do cuidado é de ordem sociodemográfica. Segundo dados do IBGE (2008), a razão de sexo se acentua com a elevação da idade. No Brasil, em 2007, havia 79 homens idosos para cada 100 mulheres nessa condição, sendo que na região Sudeste a razão de sexo era de 69 homens para cada 100 mulheres nos grupos acima de 70 anos de idade.

No estudo de Campinas, a grande maioria dos idosos (79,4%) vivia com renda familiar entre 1 SM e 5 SMs e grupos minoritários viviam com renda superior a 10 SMs (8,2%) ou inferior a 1SM mensal (9,4%). O dado usual na literatura, da maior pobreza das mulheres, não se confirmou. Porém, os idosos de mais de

80 anos eram mais pobres, confirmando a literatura e apontando para o risco de ônus para os cuidadores, uma vez que a desvantagem econômica expõe os idosos a riscos de privação de acesso a recursos de apoio formal ou a riscos de inadequação dos cuidados familiares.

Os percentuais de idosos conforme os arranjos de moradia foram em parte iguais, em parte diferentes dos usuais na literatura brasileira, possivelmente pelo fato de se tratar de amostra de cuidadores e em virtude da distribuição de renda de seus integrantes. Por exemplo, no estudo populacional Sabe, realizado em São Paulo, 26% dos idosos residiam com o cônjuge, 41% com filhos não casados, 11% com filhos casados, 13% sozinhos e 9% com outros (SAAD, 2003). No presente estudo, predominou a família conjugal, principalmente entre os homens idosos e entre os homens e as mulheres que tinham renda superior a 10 SMs. Da mesma forma, embora sem diferenças estatisticamente significantes, foram observados mais casos de filhos vivendo com os pais idosos nos dois estratos superiores de renda, mas este número não superou o de famílias conjugais, como no Sabe. Neste, houve maior frequência de arranjos do tipo filhos, netos e bisnetos vivendo com um casal idoso.

Desses dados pode-se depreender que os homens e os idosos masculinos e femininos de renda mais alta estariam mais protegidos. Essa impressão é fortalecida pelo dado de que só mulheres moravam com a família de um filho e que houve uma frequência expressiva e estatisticamente significativa de cuidadores com renda inferior a 1 SM que moravam sozinhos. Estes provavelmente eram ex-cuidadores, que haviam ficado sós e mais vulneráveis depois da morte do cônjuge. Os dados deste estudo replicaram os do Sabe (LEBRÃO; DUARTE, 2003) e os do Censo de 2000 (IBGE, 2000) quanto à existência de um maior número de homens do que de mulheres protegidos pela convivência com o cônjuge e à existência de um maior número de mulheres expostas ao risco de solidão, institucionalização e abandono, por viverem sozinhas ou com a família de um filho.

Os efeitos do tipo de arranjo familiar sobre o bem-estar subjetivo dos idosos não podem ser negligenciados, uma vez que a predominância de afetos negativos e de insatisfação guarda relações com depressão e ansiedade e com dificuldade de fazer escolhas e resolver problemas em situações de estresse (DAVIS *et al.*, 2007). Embora tenha sido realizado na China, um contexto cultural muito diferente do brasileiro, com respeito às relações entre pais idosos e seus filhos, o estudo de Chen e Short (2010) revelou dados interessantes para esta análise. Em primeiro lugar, viver sozinho é fonte de menor bem-estar subjetivo; em segundo lugar, a coresidência com a família imediata, isto é, com o cônjuge e os filhos, relaciona-se

com bem-estar subjetivo positivo. Em terceiro, viver na casa de uma filha resulta em mais saúde emocional positiva do que viver na casa de um filho.

Christophe (2009) realizou análises comparativas entre a situação familiar dos idosos das regiões Nordeste e Sul, com base em microdados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo de 2000, e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2007, e do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (Datasus)/Indicadores e Dados Básicos (IDB) de 2009, no contexto de um trabalho sobre a identificação da demanda por instituições de longa permanência nessas regiões. Suas análises confirmaram que há diferenças nas características, recursos, oportunidades e necessidades dos idosos das duas regiões, que são contrastantes quanto ao bem-estar econômico de suas respectivas populações. A autora relatou que a diferença entre homens e mulheres que vivem sozinhos é maior no Sul do que no Nordeste (12,5% das mulheres e 6,5% dos homens vivem sozinhos no Nordeste e 15,8% das mulheres e 6,2% dos homens vivem sozinhos no Sul). Os dados de Campinas sobre idosos que vivem sozinhos são parecidos com os da região Sul. Em Campinas, a proporção de idosos que vivem em família conjugal, sem filhos, também é parecida com a encontrada na região Sul, ao passo que no Nordeste, mais pobre, a proporção maior é de casais morando com filhos no mesmo domicílio. Esses dados sugerem que os idosos da região Sul e de Campinas são financeiramente mais independentes, mas que podem ter mais dificuldades de serem cuidados em família do que os da região Nordeste. Idosos nordestinos e campineiros, que têm a família de um filho vivendo com eles, podem estar mais expostos à privação de adequados cuidados, pelo menos nos contextos de maior pobreza, em que os recursos financeiros dos idosos são divididos com crianças, jovens e adultos.

A taxa mais alta de doenças encontrada entre as mulheres é bem conhecida na literatura gerontológica, assim como o da alta frequência de doenças entre as cuidadoras familiares. No entanto, os homens apresentaram maior descontinuidade das AAVDs do que elas. Como os homens não eram sistematicamente mais deprimidos, privados de ajuda, frágeis e com baixa força muscular do que as mulheres, pode-se pensar que, para boa parte deles, independentemente dessas condições, cuidar significa mais privação de contatos e de atividades sociais fora de casa do que para as mulheres. Talvez sofram os efeitos de falta de habilidades de cuidar, mais associadas aos papéis femininos e que, por isso, gastam mais tempo neles do que as mulheres? Talvez por serem homens sofram mais de escassez de suporte social do que as mulheres? Seria porque são menos competentes para evocá-lo? Seria porque há poucas pessoas residindo no domicílio, condição que parece mais provável quando um homem tem que cuidar da esposa? Talvez a agenda de atividades de cuidado, que frequentemente inclui atividades domésticas, rivalize com a agenda

de atividades avançadas dos homens, em termos dos tipos, horários e organização adotados pelos companheiros masculinos que não são cuidadores?

A pequena porcentagem da variância explicada pela solução em dois conglomerados significa que a maior parte dos dados covariou de muitas formas diferentes, em função das complexas relações existentes entre as variáveis gênero, idade e renda e as variáveis em estudo. A formação de dois grupos com características contrastantes, associadas a gênero, oferece pistas para compreender melhor as relações sugeridas pelas comparações veiculadas até aqui.

A análise de conglomerados apontou pertencimento ao gênero masculino, depressão, fragilidade, comorbidades e baixa força dos membros superiores como condições que se agruparam com descontinuidade de maior número de AAVDs.

A análise de regressão logística univariada apontou ser homem e ter deixado de lado maior número de AAVDs como condições associadas a baixo suporte social percebido. Considerando-se que estes prejuízos podem somar-se às condições apontadas anteriormente, sugere-se que homens idosos cuidadores deveriam merecer mais atenção do que normalmente merecem, por serem um grupo de risco durante o exercício do cuidado e igualmente depois, quando ficam sozinhos por motivo de morte, institucionalização ou transferência da esposa para outro domicílio.

Em contrapartida, mas confirmando os termos da análise precedente, o agrupamento das condições de pertencimento ao gênero feminino, ausência de depressão, baixo número de doenças, baixa descontinuidade das AAVDs e força dos membros superiores e inferiores preservada sugere interações que favorecem as mulheres, já mais favorecidas do que os homens pelo domínio das tarefas de cuidado e das relações sociais e, circunstancialmente, por boas condições de saúde.

A menor força de preensão nos cuidadores mais velhos era esperada e justificável pelo impacto do envelhecimento fisiológico, que determina que idosos mais velhos tenham menos força muscular por causa de sarcopenia, e que as funções físicas dependentes de força declinem proporcionalmente às perdas em estrutura. Talvez seja essa uma explicação para a maior frequência de idosos mais velhos entre os que abandonaram mais AAVDs. Talvez esse abandono ou descontinuidade seja uma forma de seleção operada pelos muito idosos para permitir que invistam fisicamente em tarefas de cuidado, que são mais necessárias e urgentes? Ou quem sabe estaria em jogo um processo de seleção de atividades sociais com menor exigência de envolvimento com variados parceiros ou atividades?

Neste estudo, a percepção de que o suporte social disponível era insuficiente revelou-se associada com maior probabilidade de afastamento de participação

social, indicada pelo desempenho de AAVDs. É um dado compatível com os resultados de Hildon *et al.* (2010), que estudaram resiliência em idosos expostos e não expostos à adversidade. Os autores observaram que alguns aspectos das relações sociais foram mais comuns entre os idosos resilientes do que entre os vulneráveis: boa qualidade das relações sociais, presença de suporte prático oriundo da família, presença de amigos afetivamente próximos, amplos círculos familiar e de amizades, contato pessoal com uma pessoa da família ou com amigos na semana anterior, e integração social na comunidade.

Análises de regressão logística multivariadas revelaram que as mulheres idosas tinham mais risco de ter três ou mais doenças do que os homens idosos. Renda familiar associou-se de forma robusta com depressão, uma vez que idosos com renda inferior a 3,1 SMs tinham mais risco do que aqueles com renda maior que essa. São dados compatíveis com os de Areán *et al.* (2005); Ostir; Ottenbahr; Markides (2004); Park-Lee *et al.* (2009); Robert *et al.* (2009); Rothermund; Brandstäedter (2003).

Os efeitos da baixa renda não são restritos à velhice. Idosos pobres provavelmente foram socialmente desprivilegiados durante toda a vida. Tiveram seu desenvolvimento afetado pela exposição a estressores crônicos e recorrentes gerados pela escassez de recursos econômicos. Tal condição cria uma carga alostática que gradualmente mina a resistência do organismo a fatores de risco à saúde. No contexto do *Aging, Stress and Health Study*, Kahn e Pearlin (2006) examinaram as relações entre desvantagens financeiras persistentes ocorridas ao longo da vida sobre o *status* de saúde na velhice. O estudo revelou forte impacto da desvantagem econômica ocorrida precocemente e ao longo da vida sobre as condições de saúde, manifestas em número e gravidade de sintomas, incapacidade, depressão e em avaliações negativas da própria saúde, mesmo controlando-se os efeitos do nível de renda na velhice. Assim, a desvantagem econômica experimentada antes dos 35 anos prejudicou a saúde na velhice apenas se continuou presente depois dos 35 anos. Problemas financeiros que começaram na meia-idade não tiveram efeitos deletérios sobre a saúde na velhice a menos que tivessem sido precedidos por desvantagem econômica na juventude. Mostrou, também, que a persistência das dificuldades conta mais do que ocorrências episódicas.

A pobreza não é o único condicionante econômico de baixa qualidade de vida na velhice. A ela se somam os efeitos da desigualdade social. Um estudo de levantamento sobre a relação entre depressão na velhice e desigualdade social realizado em dez países europeus (LADIN; DANIELS; KAWACHI, 2009) mostrou que os efeitos adversos da desigualdade social sobre a depressão de início tardo aparecem mais robustos do

que os efeitos da renda individual ou da renda média da população desses países, e que os efeitos negativos da desigualdade social existente num país não são mitigados pelos efeitos da melhoria da renda individual. Foi encontrada maior prevalência de depressão em idosos nos países que apresentavam medianas mais baixas de renda familiar e maior desigualdade social (Grécia, Itália, Espanha e França), contrastando com países com medianas mais altas de renda familiar e menor desigualdade social (Suíça, Suécia, Áustria, Holanda, Alemanha e Dinamarca).

Para idosos que foram muito pobres e que viveram sob condições de acentuada desigualdade social durante toda a vida, a velhice apenas acrescenta as desvantagens fisiológicas, sociais e psicológicas de ocorrência mais provável nessa fase. Elas interagem com a privação crônica de oportunidades para cuidar da própria saúde e de ter os entes queridos igualmente bem cuidados e educados. Como consequência são observadas prevalências mais altas de doenças crônicas, fragilidade, incapacidades, depressão e déficit cognitivo entre os idosos mais pobres e, entre eles, as mulheres e os menos educados.

Em situações de cuidado, essas condições adversas covariam com falta de informações sobre o que está acontecendo com os pacientes de cuidados e sobre o que devem fazer em relação à pessoa de que cuidam. Associam-se com falta de ajuda instrumental proveniente da rede de suporte formal, com a dificuldade de enfrentar situações de crise, com a insuficiência de dinheiro para enfrentar as necessidades familiares e do cuidado. Paralelamente, os cuidadores têm de se haver com reduzidas oportunidades de acesso a serviços de saúde e com atividades, interações sociais e desempenho de papéis significativos para a manutenção do *self*.

Já não seria pouca coisa se a carreira de cuidador fosse apenas silenciosa e esquecida. O desafio pode ser ainda maior se tiver de lidar com ameaças inescapáveis, ou seja, se o ter de cuidar o conduzir a situações para as quais os seus recursos pessoais e os recursos sociais disponíveis forem sempre e sistematicamente insuficientes.

5 CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

A natureza dos dados não permite apontar relações de causa e efeito entre o prestar cuidado e as variáveis consideradas, uma vez que não se trata de um estudo longitudinal e nem experimental. Pela dificuldade inerente ao controle dos efeitos separados de cada variável examinada, os resultados não podem ser atribuídos, independentemente, nem ao envelhecimento e nem ao cuidado. Limitações decorrentes do delineamento, entre elas o tamanho da amostra e a inexistência de informações sobre as circunstâncias do cuidado ou das relações familiares, contraindicam fazer amplas generalizações. Novos estudos descritivos, com amostras

maiores e probabilísticas, de natureza transversal e longitudinal, poderão oferecer respostas mais satisfatórias.

Apesar das limitações, este trabalho oferece pistas para a compreensão das múltiplas variáveis envolvidas no cuidado familiar proporcionado a idosos por outros idosos. Nesse cenário, cuidar é e será um evento cada vez mais comum, com efeitos sobre as mulheres, a família e as outras instituições sociais. Sua caracterização como um processo com raízes na história de vida dos indivíduos e das famílias, à qual se entrelaçam fatores culturais e macroestruturais igualmente históricos, ajuda a compreender essas relações.

De um modo amplo e numa perspectiva de longo prazo, pode-se dizer que os dados apontam para a importância de investimentos que assegurem a oferta de melhores condições econômicas, educacionais e profissionais às novas gerações, com o fito de, no longo prazo, promover a melhoria das condições de vida familiar e, por conseguinte, da vida dos idosos. Apontam ainda para a necessidade de investimentos públicos na economia familiar, na saúde, em aparatos sociais e em programas vinculados aos vários níveis de atenção ao idoso, não somente de caráter curativo e remediativo, como também de caráter preventivo.

Numa perspectiva mais restrita e de curto e médio prazos, sugere-se o seguinte:

- 1) Os dados chamam a atenção para um aspecto raramente mencionado na literatura gerontológica, o do cuidado desempenhado por homens. Seria desejável que as diferenças de gênero, entre outras, fossem consideradas em novas pesquisas e na oferta de serviços aos cuidadores.
- 2) Os dados obtidos sobre as relações entre doenças, incapacidade, depressão e prestar cuidados confirmam a necessidade de os serviços públicos e privados de atenção à saúde fazerem um acompanhamento mais criterioso dos cuidadores informais, de modo a favorecer a sua qualidade de vida.
- 3) Os dados que apontam para a escassez de ajuda e a privação de contatos sociais como fontes de risco ao bem-estar físico e psicológico dos cuidadores são indicadores da necessidade de criação de serviços comunitários que complementem a atenção oferecida pelos cuidadores familiares. Entre os serviços oferecidos podem ser lembrados: a oferta de ajuda instrumental constante e regular, por exemplo, à arrumação da casa, aos cuidados físicos, higiênicos e estéticos, à alimentação, à medicação e ao exercício físico envolvendo os pacientes dos cuidados; a oferta de ajuda suplementar, por exemplo, para conduzir o paciente ao médico, fazer compras e pagar contas;

a oferta regular de períodos de cuidado oferecidos por alguém externo à família, que assistirá o paciente enquanto o cuidador cuida de sua aparência, faz compras, faz visitas, passeia, vai à igreja ou descansa. Por último, mas não menos importante, devem ser oferecidos apoios emocional e espiritual aos cuidadores e aos pacientes.

- 4) As famílias necessitarão, cada vez mais, de alternativas de proteção e cuidados de curta duração e de atendimento domiciliar, assim como demandarão cada vez mais por cuidados hospitalares intensivos e de longa duração para seus idosos.
- 5) O investimento em serviços de saúde de natureza comunitária e a ênfase no dever da família em cuidar dos idosos não podem, de modo algum, obscurecer a necessidade de criar e administrar políticas públicas orientadas à oferta de ajuda econômica não paternalista a famílias cuidadoras.
- 6) A ênfase no dever da família de proteger os idosos não deve servir para eximir o governo e as outras instituições sociais de fazerem investimentos consequentes na criação e no acompanhamento de instituições residenciais para vários segmentos populacionais como, por exemplo, idosos sem família ou com família sem condição de protegê-los; idosos com demências, problemas psiquiátricos, incapacidade funcional acentuada ou graves comorbidades, e idosos em fase terminal.

REFERÊNCIAS

- AINSWORTH, B. E. *et al.* Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine and Sciences in Sports and Exercise*, v. 32, n. 9, p. 498-516, 2000.
- ALDWIN, C. M. The elders life stress inventory: egocentric and nonegocentric stress. *In: STEPHENS, M. A. P. et al. (Ed.). Stress and coping in late life families*. New York: Hemisphere, 1990, p. 49-69.
- ALDWIN, C. M.; YANCURA, L. A.; BOENINGER, D. K. Coping, health, and aging. *In: ALDWIN, C. M.; PARK, C. L.; SPIRO III, A. (Ed.). Handbook of Health Psychology and Aging*. New York: The Guilford Press, 2007, p. 210-226.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 14, n. 10, p. 858-865, 1999.
- ANESHENSEL, C. S. *et al. Profiles of caregiving*. The unexpected careers. San Diego, Cal.: Academic Press, 1995.
- AREÁN, P. A. *et al.* Treatment of depression in low-income older adults. *Psychology and aging*, v. 20, p. 601-609, 2005.

- ÁVILA-FUNES, J. A. *et al.* Cognitive impairment improves the predictive validity of the phenotype of frailty for adverse health outcomes: the three-city study. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 57, p. 453-461, 2009.
- BALTES, M. M. *et al.* Everyday competence in old and very old age: an interdisciplinary perspective. *Ageing and Society*, v. 13, p. 657-680, 1993.
- BAPTISTA, M. N. *et al.* Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de atividades sociais em idosos. *Avaliação Psicológica*, v. 5, n. 1, p. 77-85, 2006.
- BATISTONI, S. S. T. *Sintomas depressivos na velhice: estudo prospectivo de suas relações com variáveis sociodemográficas e psicossociais*. 2007. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.
- _____; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies (CES-D) entre idosos brasileiros. *Revista Saúde Pública*, v. 41, n. 4, p. 598-605, 2007.
- BECKETT, M. *et al.* Social environment, life challenge and health among the elderly in Taiwan. *Social Science and Medicine*, v. 55, n. 2, p. 191-209, 2002.
- BLAZER, D. G. Depression and social support in late life: a clear but not obvious relationship. *Ageing and Mental Health*, v. 9, n. 6, p. 497-499, 2005.
- BORG, C.; HALLBERG, I. R. Life satisfaction among informal caregivers in comparison with non-caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Science*, v. 20, p. 427-438, 2006.
- BORTZ, W. M. A conceptual framework of frailty: a review. *Journals of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, v. 57, n. 5, p. 283-288, 2002.
- BROWN, S. C. *et al.* The relationship of built environment to perceived social support and psychological distress in Hispanic elders: The role of “Eyes on the Street”. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, v. 64B, n. 2, p. 234-246, 2009.
- BRUCKI, S. M. D. *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 61, n. 3-B, p. 777-781, 2003.
- BUTTERS, M. A. *et al.* The nature and determinants of neuropsychological functioning in late-life depression. *Archives of General Psychiatry*, n. 61, p. 587-595, 2004.
- CAMARANO, A. A. (Org.). *Características das instituições de longa permanência para idosos: região Norte*. Brasília: Ipea, 2007.
- CAMARANO, A. A. *et al.* Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004, p. 25-73
- CERQUEIRA, A. T. A.; OLIVEIRA, N. I. L. Deterioração cognitiva e depressão. In: LEBRÃO, M. L. Y.; DUARTE, Y. A. O. (Org.). *O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS/MS, 2003, p. 141-166.
- CHEN, F.; SHORT, S. Household context and subjective well-being among the oldest old in China. *Journal of Family Issues*, v. 29, n. 10, p. 1.379-1.403, 2008.
- CHRIST, S. L. *et al.* Employment and occupation effects on depressive symptoms in older Americans: does working past age 65 protect against depression? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, v. 62B, p. 399-403, 2007.

CHRISTOPHE, M. *Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração?* 2009. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: ENCE, 2009.

COHEN, S. *et al.* Measuring the functional components of social support. *In: SARASON, G.; SARASON, B. R. (Ed.). Social support: theory, research, and applications.* The Hague: Martinus Nijhoff, 1985, p. 73-94.

DAHLBERG, L.; DEMACK, S. L.; BAMBRA, C. Age and gender of informal carers: a population-based study. *Health and Social Care in the Community*, v. 15, n. 5, p. 439-445, 2007.

DAVIS, M. C. *et al.* Psychosocial stress, emotion regulation, and resilience among older adults. *In: ALDWIN, C. M.; PARK, C. L.; SPIRO III, A. (Ed.). Handbook of Health Psychology and Aging.* New York: Guilford, 2007, cap. 13.

DE BEURS, E. *et al.* Becoming depressed or anxious in late life: similar vulnerability factors but different effects of stressful life events. *British Journal of Psychiatry*, v. 179, p. 426-430, 2001.

DEGNAN, K. A.; FOX, N. A. Behavioral inhibition and anxiety dos borders: multiple levels of a resilience process. *Development and Psychopatology*, v. 19, p. 729-746, 2007.

DIEHL, M. Self-development in adulthood and aging: the role of critical life events. *In: RYFF, C. D.; MARSHALL, V. W. (Ed.). The self and society in aging process.* New York: Springer Publishing Company, 1999, p. 150-183.

DUARTE, Y. A. O. Desempenho funcional e demandas assistenciais. *In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Org.). O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial.* Brasília: OPAS/MS, 2003, p. 183-200.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. 4, p. 818-824, 2009.

FERRUCCI, L. *et al.* Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 52, p. 625-624, 2004.

FISKE, A.; WETHERELL, J. L.; GATZ, M. Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, n. 5, p. 363-389, 2009.

FORTES-BURGOS, A. C. G.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 2, n. 1, p. 74-82, 2008.

FREDMAN, L. *et al.* Caregiving, metabolic syndrome indicators, and 1-year decline in walking speed: results of caregiver-SOF. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, v. 65A, n. 5, p. 565-572, 2010.

FRIED, L. P.; WALSTON, J. Frailty and failure to thrive. *In: HAZZARD, W. R. et al. (Ed.). Principles of geriatric medicine and gerontology.* 4. ed. New York: McGraw-Hill, 1999, p. 1.387-1.402.

FRIED, L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, v. 56A, n. 3, p. 146-156, 2001.

FRIEDMAN, B. *et al.* Major depression and disability in older primary care patients with heart failure. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, v. 21, n. 2, p. 111-122, 2008.

GARRIDO, R. M.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psiquiátrico. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, n. 6, p. 835-841, 2004.

GEERLINGS, S. W. *et al.* Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine*, v. 30, n. 2, p. 369-380, 2000.

GIACOMIN, K. C. *et al.* Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 1, p. 80-91, 2005a.

_____. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 5, p. 1.509-1.518, 2005b.

GLASS, T. A. *et al.* Social engagement and depressive symptoms in late life: longitudinal findings. *Journal of Aging and Health*, v. 18, n. 4, p. 604-628, 2006.

GURALNIK, J. M. *et al.* A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of Gerontology Medical Sciences*, v.49, n. 2, p. 85-94, 1994.

_____. Lower extremity function and subsequent disability: consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, v. 55A, n. 11, p. M221-231, 2000.

HILDON, Z. *et al.* Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is “right” about the way we age? *The Gerontologist*, v. 50, n. 1, p. 36-57, 2009.

HUANG, C. *et al.* Stressors, social support, depressive symptoms and general health status of Taiwanese caregivers of persons with stroke or Alzheimer’s disease. *Journal of Clinical Nursing*, v. 18, p. 502-511, 2008.

IBGE. *Censo Demográfico*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado em 30 de abril de 2007. Disponível em: <www.ibge.gov.br>

_____. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. *Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado em 10 de dezembro de 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsois2008/indic_sociais2008.pdf>

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 17, n. 2, p. 350-357, 2008.

JACOBZONE, S. *Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives*. Paris: OECD, 1999.

JANG, Y. *et al.* The role of mastery and social resources in the associations between disability and depression in later life. *The Gerontologist*, v. 42, p. 807-813, 2002.

KAHN, J. R.; PEARLIN, L. I. Financial strain over the life course and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 47, n. 1, p. 17-31, 2006.

KRAUSE, N. Social relationships in late life. In: BINSTOCK, R. H.; GEORGE, L. K. *Handbook of Aging and Social Sciences*. 6. ed. San Diego, CA: Academic Press, 2006, p. 181-200.

- LADIN, K.; DANIELS, N.; KAWACHI, I. Exploring the relationship between absolute and relative position and late-life depression: evidence from 10 European Countries. *The Gerontologist*, v. 50, n. 1, p. 48-59, 2009.
- LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Org.). *O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS/MS, 2003.
- LEE, C. C.; CZAJA, S. J.; SCULZ, R. The moderating influence of demographic characteristics, social support, and religious coping on the effectiveness of a multicomponent psychosocial caregiver intervention in three racial ethnic groups. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, v. 65B, n. 2, p. 185-194, 2010.
- LLOYD-SHERLOCK, P. Living arrangements of older persons and poverty. *Population Bulletin of the United Nations. Special Issue*, p. 42-43, 2001.
- LORANT, V. *et al.* Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, v. 157, n. 2, p. 98-112, 2003.
- LUSTOSA, L. P. *et al.* Tradução, adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas do Questionário Minnesota de Atividades Físicas e de Lazer. *Cadernos de Saúde Pública* (submetido).
- MC NEILL, G. *et al.* Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior: the central role of caregiver anger. *The Gerontologist*, v. 50, n. 1, p. 76-86, 2009.
- MORLEY, J. E.; PERRY, H. M. III; MILLER, D. K. Something about frailty. *Journals of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, v. 57A, n. 11, p. 698-704, 2002.
- NAKANO, M. M. *Versão brasileira da Short Physical Performance Battery-SPPB: adaptação cultural e estudo de confiabilidade*. 2007. Dissertação (Mestrado). Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 2007.
- NASCIMENTO, L. C. *et al.* *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 61, n. 4, p. 514-517, 2008.
- NERI, A. L. Feminização da velhice. In: NERI, A. L. (Org.). *Idosos no Brasil*. Vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, SESCSP, 2007, p. 47-64.
- _____. Dependência e autonomia. In: GUARIENTO, M. E.; NERI, A. L. (Org.). *Assistência ambulatorial ao idoso*. Campinas: Alínea, 2010, p. 31-44.
- NERI, M. C. Renda, consumo e aposentadoria: evidências, atitudes e percepções. In: NERI, A. L. (Org.). *Idosos no Brasil*. Vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, SESCSP, 2007, p. 91-107.
- OSTIR, G. V.; OTTENBACHER, K. J.; MARKIDES, K. S. Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect. *Psychology and Aging*, v. 19, p. 402-408, 2004.
- PARK-LEE, E. *et al.* Positive affect and incidence of frailty in elderly women caregivers and non-caregivers: results of the caregiver-study of osteoporotic fractures. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 5, n. 7, p. 627-633, 2009.
- PAULA, J. A.; ROQUE, F. P.; ARAÚJO, F. S. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 57, n. 4, p. 283-287, 2008.
- PEARLIN, L. I. *et al.* Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, v. 30, n. 5, p. 583-591, 1990.

- PIMENTA, G. M. F. *et al.* Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. 3, p. 609-614, 2009.
- PINQUART, M.; SORENSEN, S. Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, v. 62B, p. 126-137, 2006.
- RADLOFF, L. S. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, v. 1, p. 385-401, 1977.
- REUBEN, D. B. *et al.* A hierarchical exercise scale to measure function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) level. *Journal of the American Geriatric Society*, v. 38, p. 855-861, 1990.
- ROBERT, S. A. *et al.* Socioeconomic status and age variations in health-related quality of life: results from the national health measurement study. *Journal of Gerontology: Psychological and Social Science*, v. 64B, n. 3, p. 7-14, 2009.
- ROBERTO, K. A.; JARROT, S. E. Family caregivers of older adults: a life span perspective. *Family Relations*, v. 57, n. 1, p. 100-111, 2008.
- ROOK, K. S. *et al.* Optimizing social relationships as a resource for health and well-being in later life. In: ALDWIN, C. M.; PARK, C. L.; SPIRO III, A. (Ed.). *Handbook of Health Psychology and Aging*. New York: Guilford, 2007, cap. 14.
- ROTHERMUND, K.; BRANDTSTÄEDTER, J. Depression in later life: cross-sequential patterns and possible determinants. *Psychology and Aging*, v. 18, p. 80-90, 2003.
- SAAD, P. Arranjos domiciliares e transferências de apoio formal. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Org.). *O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS/MS, 2003, p. 185-200.
- _____. Transferência de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004, p. 169-209.
- SANTOS, J. L. F. Análise de sobrevivência sem incapacidades. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Org.). *O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS/MS, 2003, p. 167-282.
- SCHEIBE, S.; CARSTENSEN, L. L. Emotional aging: recent findings and future trends. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, v. 65B, n. 2, p. 135-144, 2010.
- SILVA, L. R.; VÁSQUEZ-GARNICA, E. K. El cuidado a los ancianos: las valoraciones em torno al cuidado familiar. *Texto Contexto – Enfermagem*, v. 17, n. 2, p. 255-231, 2008.
- SIMONETTI, J. P.; GUERREIRO, J. C. Estratégias de *coping* desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 42, n. 1, p. 19-25, 2008.
- SOUZA, A. C.; MAGALHÃES L. C.; TEIXEIRA-SALMELLA, L. T. Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do perfil de atividade humana. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 12, p. 2.623-2.636, 2006.
- STRAWBRIDGE, W. J.; WALLHAGEN, M. I.; COHEN, R. D. Successful aging and well-being: self-rated compared with rowe and kahn. *The Gerontologist*, v. 42, n. 6, p. 727-733, 2002.
- TAYLOR, H. L. *et al.* A questionnaire for the assessment of leisure time physical activities. *Journal of Chronic Disease*, v. 31, p. 741-755, 1978.

VITALIANO, P. *et al.* A cognitive psychophysiological model to predict functional decline in chronically stressed older adults. *Journal of Psychology and Medical Settings*, v. 14, p. 177-190, 2007.

WALSTON, J. *et al.* Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 54, n. 6, p. 991-1.001, 2006.

YESAVAGE, J. A. *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO PARA A POPULAÇÃO IDOSA: UM NOVO RISCO SOCIAL A SER ASSUMIDO?

Ana Amélia Camarano

1 INTRODUÇÃO

Não há dúvidas de que estamos vivendo um novo paradigma demográfico, bastante diferente do vivido no passado recente. O que se pode esperar para meados deste século no Brasil e em quase todo o mundo é a proliferação de famílias de filho único, alta esperança de vida ao nascer, que pode atingir 100 anos nos países desenvolvidos em meados deste século, um reduzidíssimo crescimento populacional e uma população superenvelhecida.

Isso coloca novas questões na agenda das pesquisas acadêmicas e das políticas públicas, bem como traz novas demandas de recursos humanos. Uma das questões, tema deste livro, são os cuidados de longa duração para a população que, devido à idade avançada, perde a autonomia para o desempenho das atividades da vida diária (AVDs). Como visto no capítulo 3 deste livro, o novo perfil demográfico e familiar está resultando em um crescimento acentuado da população exposta às fragilidades típicas da idade, ou seja, demandantes de cuidados, e em uma redução da oferta de cuidadores familiares. Isto ocorre a despeito das pessoas estarem vivendo mais e desfrutando de melhores condições de saúde.

O novo padrão demográfico vem acompanhado de uma mudança no perfil de morbimortalidade. Ao longo do século XX, a proporção de óbitos por doenças infectocontagiosas se reduziu e a de óbitos por doenças crônicas aumentou. Além disso, esses novos padrões estão implicando uma proporção crescente de pessoas que experimentam um conjunto de doenças crônicas não letais. Por exemplo, hoje, mais pessoas estão convivendo com doenças cardiovasculares, e um menor número de pessoas morrem de ataque cardíaco.

As doenças crônicas representam um dos maiores entraves à qualidade de vida dos indivíduos, especialmente idosos. Acarretam um declínio lento e gradual na sua

autonomia e independência, sendo alguns declínios administráveis, e outros, não. Isso é reforçado pelos contextos de pobreza e desigualdade social, que predominam na maioria dos países em desenvolvimento. Algumas das doenças crônicas típicas de idosos são, por exemplo, hipertensão, diabetes, artrite e doenças cardiovasculares, entre outras. O prognóstico dessas doenças, bem como de demências e mal de Alzheimer, é difícil de ser obtido, pois são doenças difíceis de serem administradas. Por demandarem tratamento prolongado, resultam em custos financeiros elevados e exigem cuidados específicos e continuados.

Já que mais pessoas estão sobrevivendo às idades elevadas, o número das que não conseguirão manter a sua independência/autonomia tende a aumentar, o que implica um crescimento da demanda por cuidados. Projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam para um incremento de aproximadamente 400% na demanda por cuidados de longa duração para a população idosa residente nos países em desenvolvimento. Neste livro, foi visto no capítulo 3 que o número de idosos brasileiros que deverão necessitar de cuidados prolongados poderá crescer de 30% a 50%, dependendo de melhorias (ou não) nas condições de autonomia.

Esse aumento da demanda por cuidados representa um grande desafio para todos os países, mesmo os desenvolvidos, onde a oferta dessa modalidade de serviço já é parte dos seus sistemas de seguridade social. O primeiro desafio reside na busca de resposta à pergunta: a provisão de cuidados para a população idosa é uma obrigação do Estado, das famílias ou do mercado privado? Assume-se, neste livro, que esta deve ser uma responsabilidade compartilhada entre esses três atores, bem como com o voluntariado, aqui representado pelas igrejas, organizações não governamentais (ONGs) e pessoas com disponibilidade para a função.

A partir daí, as perguntas passam a ser: que serviços oferecer? Como dividir as responsabilidades entre os vários atores e como financiar? Estas perguntas devem ser respondidas levando em conta as alternativas que se pode sugerir para a população brasileira. Desta forma, este capítulo foi dividido em mais duas seções, além desta introdução. A segunda busca discutir as perguntas levantadas de uma forma mais geral e a terceira apresenta algumas sugestões de políticas de cuidados para a população idosa brasileira.

2 CUIDADOS, CUIDADORES E FINANCIAMENTO

Como foi visto em vários capítulos deste livro, a família tem sido, em quase todo o mundo, a principal responsável pela provisão de cuidados aos seus membros dependentes. No Brasil, isso é reforçado pela legislação vigente. No entanto, sua capacidade de continuar desempenhando tal função vem diminuindo. Uma projeção apresentada no

capítulo 3 aponta para uma redução no número esperado de potenciais cuidadores familiares para os próximos dez anos. Mas isto não significa, necessariamente, uma redução da importância da família para o apoio e o cuidado com seus membros, e sim uma nova organização e divisão de responsabilidades entre ela, o Estado, o mercado privado e também o voluntariado.

A OMS afirmou, em 2002, que a sociedade tem obrigação de reconhecer e atender às necessidades das pessoas com algum tipo de limitação física e/ou mental (WHO, 2002). Pode-se falar que hoje, em quase todo o mundo desenvolvido, já há um consenso de que os Estados têm obrigação de fornecer cuidados de longa duração e apoio social para pessoas com alguma limitação severa. Isto é considerado um direito humano fundamental e tem sido formalizado em acordos internacionais (MUISER; CARRIN, 2007). Em alguns países de renda média e baixa, os governos são incentivados a aumentar investimentos no desenvolvimento de programas domiciliares e comunitários eficazes de custos mais baixos para atender à população necessitada.

Sumarizando, é reconhecida a necessidade de os Estados atenderem a essa demanda, incluindo aqui a dos idosos. Mas é claro que nem nos países desenvolvidos o Estado pode garantir cuidados institucionais para todos os que dele necessitam. Assumindo que as famílias continuarão desempenhando algum papel, algumas questões são levantadas (ver WHO, 2002):

- Qual é esse papel?
- Quais os membros da família que assumirão essa responsabilidade?
- Que tipo de apoio a família deve receber para tornar sua tarefa mais fácil?

Para Lloyd-Sherlock (2004), deve-se reconhecer a importância do cuidador familiar, apoiá-lo e compensá-lo, não apenas por uma questão de justiça social:

Nós precisamos dar mais atenção ao cuidador familiar por motivos mais instrumentais, nós contamos tanto com ele que não podemos nos dar ao luxo de assumir que ele está garantido. Abordagens inovadoras que combinem cuidados informais com outras que contam com o apoio do Estado, tais como programas de descanso, devem ser desenvolvidas (tradução livre da autora, p. 12).

Isto significa ajudar as famílias a cuidar de seus idosos.

De qualquer forma, pode-se esperar um aumento da pressão sobre os governos para incluir programas de cuidados de longa duração em pacotes de benefícios de financiamento público. Uma pesquisa sobre atitudes dos europeus, realizada em 2007 (*Eurobarometer*), apontou para um consenso entre as pessoas entrevistadas

com relação à responsabilidade dos estados em oferecer cuidados de longa duração para a população idosa. Embora a preferência dos entrevistados seja pelo cuidado domiciliar, 91% deles afirmaram que o Estado deveria fornecer cuidadores formais para permitir um descanso para os familiares e garantir uma renda para aqueles cuidadores que deixam o mercado de trabalho a fim de cuidarem de seus parentes (ver EUROPEAN COMMISSION, 2008).

Outra preocupação apontada pela pesquisa mencionada é com a coordenação dos vários programas de cuidados nas suas diversas esferas: pública, privada, religiosa etc. A coordenação do sistema de cuidado visa a sua sustentabilidade financeira no longo prazo e afeta o grau de acessibilidade e a qualidade do cuidado fornecido dentro de cada país.

Dado que cuidados de longa duração não fazem parte dos sistemas de seguridade social da maioria dos países, estes estão sob a responsabilidade do órgão de assistência social no nível local (municipal). Apresentam um caráter residual e são destinados às pessoas sem apoio familiar e/ou indigentes. Em um pequeno grupo de países, a responsabilidade é dividida entre os órgãos de saúde e de assistência social. Apenas em um grupo ainda menor, essa responsabilidade foi assumida como um risco social coberto pelo Estado e está inserida nos seus sistemas de seguridade social, como se viu no trabalho de Pasinato e Kornis, neste livro.

Para os Estados assumirem a responsabilidade em atender essa demanda crescente, requer-se o desenvolvimento de mecanismos para o financiamento dos serviços de cuidado de longa duração, o que adquire um caráter mais complexo nos países em desenvolvimento. Segundo Muiser e Carrin (2007), as decisões deverão levar em conta como arrecadar recursos e como distribuí-los de forma eficiente e equitativa. Como se viu na introdução e no capítulo 1, alguns países que incorporaram esse novo risco em seus sistemas de seguridade social os financiam através de seguro obrigatório e outros utilizam impostos gerais para tal finalidade. Serviços diferenciados são encontrados nos vários países e independem da forma de financiamento.

A pesquisa *Eurobarometer* mencionada anteriormente encontrou que a maioria dos respondentes (70%) acredita que os indivíduos devem ser obrigados a contribuir para um sistema que financie a oferta de cuidados (ver EUROPEAN COMMISSION, 2008). No entanto, para Muiser e Carrin (2007), todos aqueles cuja família e/ou redes comunitárias não são capazes de prestar cuidados adequados devem ser cobertos por financiamento público.

Acredita-se que além do Estado e das famílias terem que desempenhar o seu papel na provisão desses serviços, é importante, também, que o mercado privado

possa complementá-los. Para Duarte *et al.*, neste livro, o desafio é a organização de serviços comunitários de alta qualidade que possam assistir às famílias no cuidado de seus parentes idosos a um custo razoável. Apesar de se reconhecer que a oferta de cuidados deve ser de responsabilidade das famílias, do Estado e do mercado privado, para a OMS (ver WHO, 2002), os Estados devem ser a peça propulsora dessa oferta. Eles devem ser responsáveis por antecipar as necessidades de cuidados que extrapolem as de saúde e garantir uma oferta de serviços para todos que necessitem de cuidados.

Os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) estão buscando uma combinação de serviços que atendam à demanda da população idosa de forma sustentada, utilizando-se para isso de fontes públicas e privadas de financiamento.

Consta no relatório feito pelo Ministério da Saúde da Suíça (MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS SWEDEN, 2010), que a escolha da forma de financiamento não é a questão mais importante numa política de cuidados de longa duração. A questão fundamental é mudar o cenário futuro através de melhores condições de saúde, menor morbidade e um sistema de saúde e cuidados mais eficiente. Ou seja, o foco deverá ser na eficiência da promoção da saúde, o que pode reduzir a demanda por cuidados e, conseqüentemente, os custos. A sociedade do futuro, dos idosos, deverá ser mais amigável, dotada de tecnologias assistivas modernas, de um amplo sistema de telecomunicações, de residências adaptadas etc.

Espera-se que o crescimento acentuado do segmento demandante de cuidados estimule o desenvolvimento de novas tecnologias assistivas, tais como robôs, casas inteligentes, telealarme e outras. Além disso, espera-se que novas pesquisas na área de saúde encontrem alternativas para a redução da perda da capacidade funcional e diminuição da demanda por cuidados.

3 O CASO BRASILEIRO

É bastante discutido na literatura que já se avançou muito no Brasil, no que diz respeito à garantia de uma renda mínima para a população idosa. No entanto, a provisão de serviços de saúde e de cuidados formais ainda é uma questão não equacionada.

Pensar uma política de cuidados de longa duração para a população idosa brasileira significa pensar, em primeiro lugar, em garantir o acesso de todos os cidadãos idosos a tais cuidados como um direito social e não como um ato de caridade cristã. Como se viu em vários capítulos deste livro, no Brasil as políticas

de cuidado são residuais, e têm sido pautadas pelo abrigamento do idoso pobre. Elas são de responsabilidade do órgão de assistência social. Para Giacomini e Couto, neste livro, sua origem não é resultado de uma política pública e sim a marca registrada da ausência desta, o que a faz ter uma relação forte com a filantropia e a religião. Foi também mostrado por Christophe e Camarano, que a sua origem é fruto da caridade cristã em todo o mundo ocidental. Isto também aconteceu no Brasil, onde se destaca o papel desempenhado pelas Sociedades São Vicente de Paulo, que sempre assistiram idosos carentes em seus lares e/ou em asilos.

Acredita-se que para ampliar as ações de cuidado para além da filantropia e do abrigamento e que auxilie a família, é necessário um sistema formal de apoio incorporando o Estado e o mercado privado, de forma a garantir uma assistência mais qualificada para os idosos. Isso pode ser feito pela criação de uma rede formada por centros-dia, hospitais-dia, centros de lazer, instituições de longa permanência (ILPIs), cuidado domiciliar formal etc.

A tendência internacional tem sido a de desinstitucionalizar o cuidado do idoso (ver JENSON; JACOBZONE, 2000). Em vários países de renda alta, as políticas têm buscado facilitar o cuidado no ambiente familiar, no qual o desenvolvimento de tecnologias assistivas tem desempenhado um papel importante (MUISER; CARRIN, 2007). É provável que esta tendência se acentue no futuro próximo, o que implicará, também, um aumento na demanda de cuidadores domiciliares, sejam familiares ou profissionais.

Isso remete imediatamente à questão da valorização do cuidador, tanto do familiar quanto do domiciliar formal, o que já foi salientado neste trabalho. Isto requer políticas específicas para esse grupo e incentivos para o aumento da sua oferta. Estas políticas devem fazer parte do rol das políticas importantes para os idosos. No caso do cuidador familiar, medidas para valorizar o seu trabalho devem incluir benefícios monetários, grupos de apoio emocional e espiritual, folga, capacitação, inclusão no sistema de seguridade social, articulação da função de cuidar de um familiar com um trabalho remunerado fora do domicílio, entre outras. Pasinato (2009) sugere que a previsão de benefícios pecuniários aos cuidadores deve ser pensada de forma articulada entre as áreas de previdência e assistência social. Acredita-se que é possível pensar em alternativas combinadas que levem em consideração os períodos de tempo despendidos com o cuidado de familiares dependentes para fins de aposentadoria. Isto significa uma articulação entre as políticas de previdência e assistência social.

Os dados analisados por Neri, neste livro, apontam para uma relação entre doenças, incapacidade, depressão e o ato de prestar cuidados, o que torna os cuidadores

também expostos às necessidades de cuidados de longa duração. Isto requer que os serviços públicos e privados de atenção à saúde façam um acompanhamento criterioso das suas condições de saúde visando reduzir o seu grau de dependência e favorecer sua qualidade de vida. Para Duarte *et al.*, neste livro, falhar nisso pode resultar no aumento de problemas físicos e mentais da população como um todo e, em última instância, no aumento dos custos sociais. Ainda para Neri, esses riscos podem somar-se às condições nem sempre favoráveis com que essas pessoas passaram a vida.

No caso do cuidador formal, Pasinato (2009) propõe que, além da sua capacitação, pensar na reestruturação do Programa de Saúde da Família (PSF), de forma a que seus agentes atuem no campo do atendimento domiciliar, tanto na provisão de cuidados para os idosos quanto na preparação e no apoio aos cuidadores informais.

Não se pode negar que a oferta de cuidados tem um forte componente de gênero. Esta tarefa tem sido de responsabilidade, principalmente das mulheres, e elas não têm sido compensadas por isso. A situação ideal seria homens e mulheres poderem compartilhar igualmente essa responsabilidade. Apesar de se reconhecer que uma divisão igualitária de tarefas não é uma proposta realista para o médio prazo, é importante que as políticas públicas definam a função de cuidar com neutralidade, com relação ao gênero do cuidador (WHO, 2002).

Embora as mulheres predominem entre os cuidadores, o capítulo 11 chama a atenção para um aspecto raramente mencionado na literatura gerontológica, o do cuidado desempenhado por homens. Nos dados analisados para Campinas, a autora encontrou que os homens idosos cuidadores são mais afetados que as mulheres no exercício do ato de cuidar. Estes apresentaram maior descontinuidade no exercício das AVDs. Várias são as razões que podem explicar este resultado, mas todas apontam para a necessidade de esses homens merecerem atenção especial, por constituírem um grupo de risco durante o exercício do cuidado e também depois, quando ficam sozinhos por motivo de morte, institucionalização ou transferência da esposa para outro domicílio. Já as mulheres idosas cuidadoras experimentavam um risco mais elevado de apresentar multipatologias (três ou mais doenças) do que os homens.

Uma das hipóteses assumidas neste livro é a da necessidade de se combinar cuidado formal com informal. Para Neri, neste livro, o desafio que se apresenta é o desenvolvimento de serviços comunitários que complementem o cuidado familiar. A autora encontrou na sua pesquisa que os cuidadores familiares não contam com ajuda por parte do Estado e são ainda privados de contatos sociais, o que coloca em risco o seu bem-estar físico e psicológico. Entre os serviços comunitários que

poderiam ser oferecidos, a autora sugere a oferta de ajuda instrumental constante e regular, por exemplo, para a arrumação da casa, para os cuidados físicos, higiênicos e estéticos, para a alimentação, medicação e exercício físico envolvendo os pacientes dos cuidados. Recomenda ainda ajuda para conduzir o paciente ao médico, fazer compras e pagar contas. O apoio deve ser regular para que o cuidador familiar possa ter algum tempo para si.

Além de reforço ao cuidador familiar, alternativas de assistência domiciliar e modalidades institucionais que permitam uma solução intermediária entre a institucionalização e a manutenção do idoso em sua casa a um custo razoável devem ser pensadas. É o caso de centros-dias, hospitais-dia e o cuidado domiciliar formal. No entanto, cada um destes serviços atende a necessidades diferenciadas e não elimina a necessidade de instituições de residência. Haverá sempre pessoas idosas totalmente dependentes, sem renda, que não constituíram uma família e/ou que vivem uma situação de conflito familiar e vão precisar de abrigo e cuidados institucionais. Viver em uma instituição pode representar uma alternativa de apoio e também de proteção e segurança. Optar por uma instituição não significa necessariamente uma redução da importância da família para o apoio e cuidado dos seus membros dependentes, mas uma nova organização e divisão de responsabilidades entre o Estado e o mercado privado. Também não significa uma ruptura de laços familiares. Pode significar até reforço, como visto no capítulo 6.

No entanto, como se viu no capítulo 6, a busca por uma residência institucional é vista sempre como a última alternativa. Acontece apenas no limite da capacidade familiar de cuidar. As instituições são ainda vistas com preconceito e resistência, tanto por parte do idoso quanto de seus familiares. Portanto, é importante que, entre outros fatores, ocorra uma mudança de percepção quanto ao que significa viver em instituições. Instituições residenciais, casas de repouso ou qualquer outra denominação devem ser vistas como uma alternativa para situações específicas. Isso pode incentivar o aumento da oferta de tais instituições, o que por sua vez pode aumentar a qualidade dos serviços. O Estado deve fornecer cuidado institucional para os que não podem ser cuidados por suas famílias e não podem pagar e regular as instituições privadas.

Foi visto no capítulo 7 que a oferta de instituições brasileiras é muito baixa, o que pode ser reflexo da baixa demanda ou vice-versa. Menos de 1% dos idosos brasileiros reside em ILPIs e cerca de 15% destes têm dificuldades graves para as AVDs. Como já se mencionou anteriormente, a maioria das instituições, dois terços, é filantrópica. Apenas 6,6% delas são públicas, sendo a maior parte municipais. Nestas duas categorias de instituições, predominam idosos independentes.

As instituições existentes estão trabalhando em plena capacidade, aproximadamente 90% dos leitos estão ocupados. Mesmo com esta “sobra de leitos”, foi visto no trabalho de Romero *et al.*, neste livro, que alguns hospitais públicos do município do Rio de Janeiro estão funcionando como residência para idosos que não têm condições socioeconômicas e/ou familiares para retornarem à família de origem. É a chamada institucionalização hospitalar, o que parece à primeira vista ser um mau uso dos recursos públicos. Os idosos não recebem os cuidados adequados, pois já poderiam ter alta e os hospitais deixam de atender pacientes agudos com real necessidade de hospitalização. Isto mostra a fragilidade da rede de atenção primária do município do Rio de Janeiro.

Dado esse pano de fundo, as projeções apresentadas no trabalho de Camarano e Kanso, neste livro, apontam para uma necessidade urgente de investimentos a fim de ampliar a oferta de leitos nas instituições brasileiras. Se as projeções se confirmarem, pode-se esperar, para os próximos dez anos, um crescimento no número de idosos demandantes de cuidados não familiares que poderá variar de 100% a 500%. Isto significa que, para atender esta demanda, o número de leitos nas instituições terá de, no mínimo, dobrar.

Para Giacomini e Couto, no capítulo 8, as ILPIs precisam existir como um equipamento de alta complexidade do Sistema Único de Assistência Social (Suas), sob a coordenação desta política e com o apoio das demais (saúde, defesa dos direitos de cidadania, abastecimento, esportes, cultura, educação etc.) e serem fiscalizadas pelos órgãos reguladores, no contexto local. Deve-se cobrar do Estado, além do cumprimento do seu papel fiscalizador, o respeito efetivo à garantia constitucional da universalidade da assistência social à população idosa.

Os investimentos em ILPIs não devem se limitar apenas ao aumento da infraestrutura física, mas se preocupar também com a qualidade dos serviços oferecidos. Giacomini e Couto, também neste livro, recomendam “cuidar de quem cuida”. Isto significa capacitação permanente, incentivo ao trabalho mais comprometido e estímulo ao vínculo e à redução das deficiências nas equipes. Espera-se dos órgãos reguladores que a sua supervisão promova todos os aspectos do processo de cuidado.

Pensar em cuidados para a população idosa significa pensar também em cuidados específicos para o final de suas vidas e/ou cuidados paliativos. Isto significa dotar os profissionais que lidam com idosos terminais, seja nos domicílios ou em instituições residenciais, de capacitação em palição. O trabalho de Burlá, Py e Scharfstein, no capítulo 10, discute como isto pode ser feito nas ILPIs.

As autoras partem de um alerta da OMS que aponta para o fato de que tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, pessoas estão vivendo e morrendo sozinhas e cheias de medo, com suas dores não aliviadas, com sintomas físicos não controlados e as questões psicossociais e espirituais não atendidas. É para esta realidade que os cuidados paliativos se apresentam como uma forma inovadora de cuidado, que pode ser desenvolvida nos domicílios, em hospitais ou em ILPIs.

Poucas nações do mundo, mesmo as mais desenvolvidas, já incorporaram os cuidados paliativos nas suas políticas de saúde, apesar de já estarem vivenciando um processo de envelhecimento adiantado e um crescimento expressivo na esperança de vida nas idades avançadas. No Brasil, o sexto Código de Ética Médica¹ reconhece os Cuidados Paliativos como a modalidade de assistência adequada para pessoas portadoras de doenças incuráveis na fase final da vida. Espera-se que esse reconhecimento possa resultar em uma melhoria das condições de vida no final dela, ou seja, um aumento na “qualidade da morte”. Isto poderá trazer além dos ganhos na qualidade de vida, redução de gastos em saúde, pois essa modalidade implica redução de hospitalização, especialmente, em unidades de terapia intensiva (UTIs) e de procedimentos terapêuticos desnecessários e dispendiosos. Para isso, de acordo com um documento do Economist Intelligence Unit (2010), um dos primeiros passos é incluir, nos currículos de profissionais de saúde, treinamento em cuidados paliativos.

Outro ponto levantado aqui diz respeito à necessidade das políticas públicas, especialmente as de saúde, de priorizarem a promoção e a prevenção da saúde, ou seja, de buscarem evitar ou adiar o máximo possível o aparecimento de doenças crônicas e a perda da capacidade funcional dos idosos. Em outras palavras, é importante garantir não apenas que mais pessoas alcancem a última fase da vida, mas também que elas o façam com independência e autonomia. Isto significa uma melhor qualidade de vida para os idosos e uma redução de custos com cuidados.

Entre as políticas necessárias para tal, são mencionados o acesso universal aos serviços de saúde pública ao longo da vida e a consideração do impacto do meio ambiente, de fatores econômicos, sociais e educacionais, entre outros, nas condições de saúde. A OMS enfatiza a importância de dietas alimentares adequadas e prática de atividade física entre adultos e idosos. Campanhas de educação em saúde dirigidas a grupos de alto risco podem desempenhar um papel importante

1. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009, do Conselho Federal de Medicina, que passou a vigorar em todo o país em abril de 2010.

na promoção da alimentação saudável e na realização de atividades físicas, reduzindo assim o risco de deterioração da saúde e do estado funcional. No Japão, por exemplo, a revisão do programa de cuidados de longa duração, feita em 2005, introduziu alguns serviços de caráter preventivo para as pessoas consideradas em risco de demandarem cuidados. Foram incluídos os indivíduos cujas condições de saúde foram consideradas susceptíveis de serem mantidas ou melhoradas através de serviços (LAFORTUNE; BALESTAT, 2007).

Os capítulos 3 e 4 deste livro apontaram para um aumento na proporção de pessoas de 60-69 anos com dificuldades para a vida diária na última década. Isto foi constatado por duas fontes de dados diferentes: a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) para o Brasil como um todo e a Pesquisa Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (Sabe) para o município de São Paulo. Diante disso, é importante saber quem são esses idosos e se existem diferenças substantivas entre eles e os da coorte anterior em termos de saúde, renda, escolaridade. Pode-se falar que o aumento da sobrevivência dos novos idosos está acontecendo com uma piora das suas condições de autonomia? Esse aumento não está ocorrendo apenas no Brasil. Numa análise sobre tendências na incapacidade da população de 12 países da OCDE, Lafortune e Balestat (2007) encontraram um declínio na proporção de idosos que declaram dificuldades para as AVDs em apenas cinco deles. Em três (Bélgica, Japão e Suécia), observou-se um acréscimo na proporção mencionada. Estas são questões que demandam pesquisas mais aprofundadas.

Como visto no capítulo 3, deste livro, a renda dos idosos tem desempenhado um papel importante na renda de suas famílias. Esta renda é originária, principalmente, da seguridade social. Foi sugerido no mesmo capítulo que os idosos que necessitam de cuidados estão ajudando financeiramente os filhos adultos e que estes prestam algum cuidado. Isto pode estimular um sistema de transferência intergeracional de duas direções, mediado pelas políticas de seguridade social. Por outro lado, se os benefícios monetários recebidos pelos idosos estão sendo gastos com seus familiares, isto reduz a sua disponibilidade financeira para as necessidades de saúde e cuidados. Considera-se, portanto, que a manutenção dessa ajuda depende da manutenção do benefício social no futuro próximo. Já foi muito discutido na literatura que as perspectivas dessa manutenção não são muito promissoras (CAMARANO, 2008).

No capítulo 7 foi destacado que a maior parte das receitas das instituições brasileiras é oriunda da renda dos idosos e/ou de suas famílias, inclusive as filantrópicas. A participação da renda dos idosos no financiamento das instituições filantrópicas foi contestada por Giacomim e Couto, no capítulo 8. Os autores acreditam não ser correto usar o benefício social no pagamento de serviços de

assistência social, por ela ser de caráter não contributivo. No entanto, o valor repassado pelo Estado é insuficiente para cobrir os custos das instituições filantrópicas, que não são públicas. Para os autores, esta é uma situação paradoxal. Por outro lado, o Estatuto do Idoso faculta a cobrança da participação do idoso no custeio da entidade filantrópica que pode atingir até 70% do valor de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social, cujo limite deve ser regulamentado pelo Conselho Municipal do Idoso ou da Assistência Social.²

De qualquer forma, as conclusões dos capítulos 3 e 8 sugerem que o benefício da seguridade social é um fator importante para garantir a provisão de cuidados para os idosos, sejam familiares ou institucionais. Isto requer que a proteção garantida pelo benefício monetário seja assegurada e ampliada.

A última questão levantada diz respeito à forma sustentada de financiar os cuidados de longa duração em um contexto de restrição orçamentária e de prioridades competitivas. Como se viu neste livro, vários países já incorporaram este novo risco em seus sistemas de seguridade social. Alguns os financiam com seguro obrigatório e outros com impostos gerais. Acredita-se que para o Brasil não se pode conceber um seguro obrigatório para os trabalhadores, já que cerca de 50% da força de trabalho não estão no mercado de trabalho formal. Também é difícil precisar qual alíquota poderá ser capaz de cobrir todos os custos dos serviços prestados. A recomendação da OCDE é que os países estabeleçam fontes mistas de financiamento. Assim, reconhecida a sua importância e definidos os serviços a serem oferecidos, estes deveriam ser financiados por impostos gerais. Para Muiser e Carrin (2007), todos aqueles cujas famílias e/ou redes comunitárias não são capazes de prestar cuidados adequados devem ser cobertos pelos regimes de financiamento público. Isto remete à discussão sobre a focalização ou universalização das políticas públicas.

Finalizando, para garantir uma proteção para o idoso com dificuldades para a vida diária e consequente perda de autonomia, o que se requer é um conjunto complexo de ações, tais como renda, saúde, moradia e cuidado. Pergunta-se se seria o caso de se adicionar um novo pilar ao sistema de seguridade social vigente no Brasil, o quarto (ver PASINATO; KORNIS, 2009). Este deve considerar formas de financiamento que possam atender essa demanda de forma eficiente e equitativa. Decisões deverão ser tomadas sobre como arrecadar recursos para cuidados de longa duração, como também sobre a forma de utilizá-los e de oferecer os serviços. Independentemente ou não de se considerar a questão de cuidados como um

2. Artigo 35 § 1.

novo pilar da seguridade social. O ponto principal parece ser considerá-la como uma política própria, muito embora ela esteja relacionada a outras, como saúde, assistência social, habitação etc. Sendo assim, pode-se separar as políticas de abrigamento para o idoso pobre das de cuidados para os idosos dependentes.

Num país como o Brasil, onde tantas necessidades sociais ainda estão por ser atendidas, essa é uma decisão política que precisaria ser alimentada por um amplo debate. Como fazer isto é um desafio para os formuladores de políticas. Não existe uma solução única que seja adequada a todos os países.

REFERÊNCIAS

- CAMARANO, A. A. Cuidados de longa duração para a população idosa. *Sinais Sociais*, v. 3, p. 10-39, 2008.
- ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. *The quality of death: ranking end-of-life care across the world*. A report from the Economist Intelligence Unit Commissioned by Lien Foundation, 2010.
- EUROPEAN COMMISSION. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG. *Health and the long term care in European Union*, 2008. Disponível em: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_protection/ltc_final_2504_en.pdf>
- JENSON, J.; JACOBZONE, S. Care allowances for the frail elderly and their impact on women care-givers. OCDE. *Labour Market and Social Policy – Occasional Papers*, n. 41, 2000.
- LAFORTUNE, G.; BALESTAT, G. *Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications*. OECD, France, 2007 (OECD Health Working Papers, n. 26).
- LLOYD-SHERLOCK, P. Ageing, development and social protection: generalizations, myths and stereotypes. In: LLOYD-SHERLOCK, P. (Org.). *Living longer: ageing, development and social protection*. London/New York: United Nations Research Institute for Social Development/Zed Books, 2004.
- MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS SWEDEN. *The future need for care*. Results from the LEV project. Government Offices of Sweden. Regeringskansliet, 2010. Disponível em: <<http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/15/36/57/d30b0968.pdf>> Acessado em: 12 nov. 2010.
- MUISER, J.; CARRIN, G. *Financing long-term care programmes in health systems-with a situation assessment in selected high-, middle- and low-income countries*. WHO, Geneva, 2007 (Discussion Paper, n. 6).
- PASINATO, M. T. de M. *Envelhecimento, ciclo de vida e mudanças socioeconômicas: novos desafios para os sistemas de seguridade social*. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2009.
- _____; KORNIS, G. E. M. *Cuidados de longa duração para idosos: um novo risco para os sistemas de seguridade social*. Rio de Janeiro: Ipea, 2009 (Texto para Discussão, n. 1.371).
- WHO. World Health Organization. *Ethical choices in long-term care: what does justice require?* World Health Organization Collection on Long-Term Care, 2002.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – 2010

Editorial

Coordenação

Cláudio Passos de Oliveira

Supervisão

Andrea Bossle de Abreu

Revisão

Eliezer Moreira

Elisabete de Carvalho Soares

Fabiana da Silva Matos

Gilson Baptista Soares

Lucia Duarte Moreira

Míriam Nunes da Fonseca

Editoração

Roberto das Chagas Campos

Aeromilson Mesquita

Camila Guimarães Simas

Carlos Henrique Santos Vianna

Maria Hosana Carneiro da Cunha

Capa

Camila Guimarães Simas

Foto da capa

Sidney Murrieta / IPEA

Livraria

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES,

Térreo – 70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 3315-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

“O envelhecimento populacional produz um desafio novo para as políticas públicas: como cuidar dos muito idosos? As novas famílias são menores, o setor público ainda não está preparado para oferecer esses serviços e a população de 80 anos e mais continuará crescendo nos próximos anos. O leitor vai encontrar aqui essa inquietante e necessária discussão. Pesquisadores, especialistas e formuladores de políticas terão neste livro uma valiosa contribuição para planejar o cuidado dos atuais e dos futuros idosos.”

Ricardo Henriques

Secretário de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos do Estado do Rio de Janeiro

“Enfrentar a problemática da demanda por cuidados de longa duração é um dos principais desafios para os próximos anos no Brasil. Há necessidade de se discutir rapidamente todas as variáveis do problema envolvendo familiares, organizações governamentais e não governamentais e a sociedade como um todo. Este livro preenche uma lacuna e será importante para embasar essa discussão.”

Silvia Pereira

Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)

“Uma das grandes qualidades da demografia como ciência e suporte para as políticas públicas é sua capacidade de pensar o futuro da população e sua composição. Assim, o envelhecimento da população, em particular no Brasil, e suas consequências têm sido um tema recorrente nos estudos e advertências feitas pelo(a) estudioso(a) de população. O livro organizado por Ana Amélia Camarano, demógrafa de primeira linha, especialista e verdadeira ativista da causa da população idosa, não apenas nos mostra com detalhes os desafios e gargalos que enfrentamos ou deveremos enfrentar, como também apresenta propostas e alternativas para que a vida na chamada 'terceira idade' seja vivida de maneira plena e com dignidade. Trata-se de uma grande contribuição.”

José Marcos Pinto da Cunha

Presidente da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP)

“A dependência é nossa condição humana compartilhada e o cuidado é uma exigência ética para o florescimento individual. Este livro desloca o cuidado dos dependentes de um ofício doméstico e feminino para uma questão de igualdade e justiça.”

Debora Diniz

Professora da Universidade de Brasília (UnB)



**Ipea – Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada**

**Secretaria de Assuntos Estratégicos da
Presidência da República**

ISBN 978-85-7811-080-2



9 788578 111080 2

