

INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO BRASIL: DO QUE SE ESTÁ FALANDO?

Ana Amélia Camarano¹
Pamela Barbosa²

1 INTRODUÇÃO

Entre as alternativas não familiares para o cuidado do idoso, a mais antiga é a instituição asilar, cuja origem remonta à Grécia Antiga. Nos dias atuais, contudo, são comumente associadas a imagens negativas e preconceitos, vistas muitas vezes como depósito de idosos à espera do tempo de morrer (Christophe e Camarano, 2010; Novaes, 2003; Born, 2001; Davim *et al.*, 2004).

Duas 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. Além disso, no Brasil, embora elas façam parte da rede de assistência social, em geral, surgem em razão das necessidades da comunidade (Born e Boechat, 2006) e não da implementação de uma política de cuidados de longa duração. Esta omissão do Estado dificulta e inibe a fiscalização e explica, em grande parte, os problemas na qualidade dos serviços oferecidos (Giacomin e Couto, 2010).

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 parentes que levam seus idosos para residir neste tipo de instituição (Camarano e Scharfstein, 2010). Como consequência, as famílias somente buscam uma instituição para seus familiares quando esgotam a sua possibilidade de cuidar (Karsch, 2003).

Ainda é comum a percepção de que a residência em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (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.

1. Técnica de planejamento e pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.

2. Pesquisadora do Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) na Disoc/Ipea.

Frequentemente ignoram-se os novos laços que nelas são constituídos (Camarano e Scharfstein, 2010).

Por outro lado, a demanda por essa modalidade de cuidados tende a crescer devido ao envelhecimento da população idosa. Além disso, a oferta de cuidadores familiares já apresenta evidências de redução, 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 devem se preparar para atendê-las.

Este capítulo tem como objetivo principal apresentar e discutir a situação das Ilpis brasileiras à luz do estabelecido na Política Nacional do Idoso (PNI). 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, analisam-se, brevemente, os mitos e preconceitos com relação às Ilpis. Já na quarta, apresenta-se um panorama geral sobre as Ilpis brasileiras; e, na quinta, algumas características dos idosos residentes. A sexta discute se as Ilpis são um lugar para viver a última fase da vida ou morrer. 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.

Apesar da importância da questão e dos desafios que o envelhecimento populacional acarreta, a PNI prioriza o cuidado familiar em detrimento do asilar. O Estatuto do Idoso reforça esse preceito. A PNI, no entanto, vai além disso e elenca uma ampla gama de modalidades de cuidados não familiares, cuja implementação é reduzida e insuficiente para a população idosa.

Poucas pesquisas de caráter nacional sobre as modalidades de cuidado não familiar para a população idosa têm sido realizadas. Uma iniciativa que buscou conhecer o perfil das Ilpis brasileiras foi feita pelo Ipea na pesquisa *Condições de Funcionamento e de Infraestrutura das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil*, realizada entre 2007 e 2009, e que, aqui, neste capítulo, chamaremos simplesmente Pesquisa Ipea. 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. Não se conhece nenhuma outra iniciativa deste porte. Portanto, não se pode fazer avaliação alguma da evolução temporal dessa modalidade de serviços.

Outra fonte de informação são os censos anuais realizados pelo Sistema Unificado de Assistência Social (Suas), empreendidos desde 2010 nas unidades de acolhimento conveniadas com o Ministério de Desenvolvimento Social (MDS).

O universo abrangido são as instituições filantrópicas de acolhimento de idosos e que têm convênio com o MDS por intermédio das prefeituras. As informações sobre unidades de acolhimento de idosos começaram a ser levantadas em 2012.

A Pesquisa Ipea localizou 3.548 instituições no território brasileiro, das quais 1.617 declararam serem filantrópicas e conveniadas. Em 2012, foram recenseadas 1.227 instituições pelo Suas; e em 2014, 1.451.

2 DEFININDO ILPI

No Brasil e no resto do mundo, embora os asilos constituam a modalidade mais antiga de atendimento ao idoso fora do convívio familiar, ainda não há um consenso sobre o que seja uma Ilpi. Inicialmente, estas instituições eram dirigidas à população carente, que necessitava de abrigo. Por esta razão, muitas instituições brasileiras se autodenominam abrigos. É o caso, por exemplo, de 6,3% das instituições identificadas pela Pesquisa Ipea. Isso justifica o fato de a carência financeira e a falta de moradia serem alguns dos motivos mais importantes para a busca de uma instituição, e explica por que 65,2% das instituições identificadas pela referida pesquisa serem filantrópicas. Também serve para esclarecer o porquê de estas instituições fazerem parte da rede de serviços da assistência social (Camarano *et al.*, 2010). Em geral, as Ilpis surgem espontaneamente, para atender às necessidades da comunidade. Contudo, dada a ausência de políticas públicas, elas podem apresentar problemas na qualidade dos serviços oferecidos, o que afeta as condições de vida dos residentes (Born e Boechat, 2006).

É muito comum associar Ilpis a estabelecimentos de saúde, pois muitos serviços ofertados pelas instituições brasileiras referem-se à saúde, mas estas instituições não são voltadas para a clínica ou a terapêutica. Os residentes, no entanto, recebem, além de moradia, alimentação e vestuário, serviços médicos e medicamentos (Groisman, 1999). Aproximadamente dois terços (66,1%) das instituições brasileiras recebem visitas médicas regulares, mas menos de 50% das instituições recebem visitas do Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF) (Camarano *et al.*, 2010).

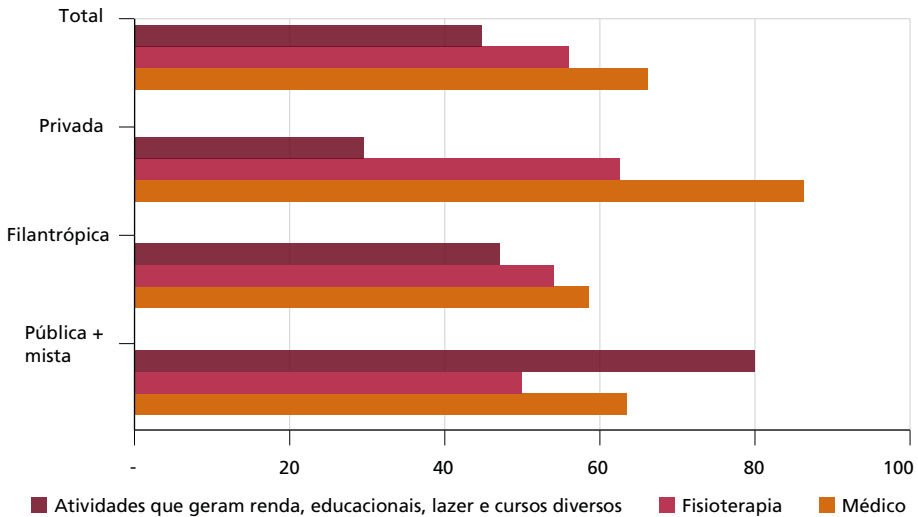
A oferta de serviços varia de acordo com a natureza jurídica das instituições, como ilustra o gráfico 1, o que sugere uma certa coerência na provisão dos serviços com o grau de dependência dos idosos, como será visto na quinta seção. A cobertura desses serviços, no entanto, não é total. Nas Ilpis privadas, 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. Fisioterapia e serviços de terapia ocupacional, importantes para ajudar as pessoas a manterem sua independência, sejam elas

dependentes ou independentes, são encontrados em apenas 31,3% das instituições (Camarano *et al.*, 2010).³

GRÁFICO 1

Brasil: proporção de Ilpis que oferecem serviços médicos e atividades diversas segundo a natureza jurídica (2007-2009)

(Em %)



Fonte: Pesquisa Ipea/Secretaria Especial de Direitos Humanos (Sedh)/MDS e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Segundo Creutzberg *et al.* (2007), raramente, essas instituições oferecem programas sistemáticos de promoção da saúde dirigidos a manter a capacidade funcional dos idosos. Os serviços de saúde fornecidos pelas instituições são, em geral, centrados na cura e na reabilitação.

Em pesquisa feita em dezoito países por Stanford *et al.* (2015), sobre *nursing homes*, os autores concluíram que estas constituem uma residência coletiva, que oferece cuidados 24 horas por dia para pessoas que requerem ajuda para as atividades da vida diária (AVD) e têm as suas necessidades de saúde identificadas. Não é uma enfermaria, mas pode contar ou não com profissionais da área de saúde; em 37% dos países pesquisados, médicos visitam as instituições. Oferecem cuidados de longa duração e/ou reabilitação com o objetivo de evitar internações hospitalares e facilitar altas. Pode oferecer ou não cuidados paliativos e terminais.

A PNI, na sua seção II, art. 4º e parágrafo único proíbe a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem

3. A legislação brasileira não exige que as Ilpis tenham um profissional de saúde em sua equipe. Caso haja, a entidade deve exigir o seu registro no respectivo Conselho de Classe.

permanente em instituições asilares de caráter social. No entanto, 63,2% das instituições recenseadas pelo Suas declararam receber doentes crônicos (HIV/ Aids, câncer etc.). Aproximadamente 10% dos residentes destas instituições encontravam-se nesta condição.

Também é bastante comum associar instituições de longa permanência a instituições totais. De acordo com Debert (1999), esta associação, quase direta, é baseada na visão de Goffman (1961). O autor 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 (Goffman, 1961 *apud* Debert, 1999).⁴

A evidência empírica, no entanto, 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. Isto se dá em razão da falta de autonomia e não necessariamente da residência em uma instituição. Camarano e Scharfstein (2010) mostraram, com base em uma pesquisa qualitativa em três instituições abertas, que idosos independentes têm total liberdade de ir e vir em todas elas, o mesmo ocorrendo com seus familiares. Em duas delas, alguns residentes trabalham fora da instituição. Além disso, a participação dos residentes nas atividades de lazer oferecidas bem como em cursos diversos, treinamentos etc. é voluntária. A família e a comunidade são também estimuladas a participar dessas atividades.

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 (Camarano *et al.*, 2010).

Para Groisman (1999), as Ilpis cumprem duas funções: a primeira, manifesta, de abrigar e cuidar de pessoas desamparadas ou que estejam impossibilitadas de estar junto às famílias e à comunidade; e a outra, latente, de servir como *locus* socialmente aprovado de segregação de seres humanos cuja produtividade econômica e representação social foram esgotadas pelo sistema social.

4. Ver, também, Christophe e Camarano (2010).

Pergunta-se: pessoas acamadas ou em estado demencial também não estariam segregadas se estivessem com suas famílias? O que determina a segregação: o tipo de residência ou a fragilidade, seja física, mental ou econômica?

O envelhecimento populacional e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental estão requerendo que os asilos deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a rede de assistência à saúde. Foi para expressar a nova função híbrida dessas instituições que a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) sugeriu a adoção da denominação “Instituição de Longa Permanência para Idosos”. Trata-se de uma adaptação do termo utilizado pela Organização Mundial de Saúde, *Long-Term Care Institution* (Costa, 2004). Na maior parte dos casos, porém, as instituições não se autodenominam Ilpis. Pergunta-se se esta foi apenas uma mudança de nomenclatura.

A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 283, de 2005, da Agência Nacional de Vigilância sanitária (Anvisa), definiu Ilpis como “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, dignidade e cidadania” (Brasil, 2005, grifo nosso). É uma definição bastante ampla, pois agrega vários tipos de instituições, sem diferenciá-las em função do grau de autonomia dos idosos. Na literatura e na legislação, também se encontram referências indiscriminadamente a Ilpis, casas de repouso e asilos (Camarano, 2007a; Camarano *et al.*, 2010). Ou seja, são domicílios coletivos que oferecem cuidados e algum tipo de serviço de saúde.

3 MITOS E PRECONCEITOS EM RELAÇÃO ÀS ILPIs

No Brasil, a busca por Ilpis é considerada 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 (Christophe e Camarano, 2010). Além disso, na sociedade moderna, em busca da eterna juventude, parece não haver lugar para a velhice frágil (Debert, 1999), que carrega consigo o medo da morte e da finitude. O isolamento da velhice e a ocultação da morte, contudo, não são exclusividades do nosso século. Todas as sociedades, em maior ou menor grau, enfrentam essa questão do final da vida. O cinema aborda este tema, por exemplo, nos filmes *A Balada de Narayama*, de 1983 e *A Festa da Despedida*, de 2014.

Pode-se falar em duas visões em relação ao cuidado institucional. A primeira, mais tradicional, associada à ideia de instituição total, argumenta que essa modalidade de cuidado é caracterizada pela prática de restrição e controle, em que os residentes têm de obedecer a normas estritas. Alguns paradigmas 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 controle e de cultura manicomial. Denúncias de violência praticada nas instituições, feitas pela mídia, reforçam os preconceitos já existentes. Deve-se reconhecer, contudo, que tanto família como asilos são instituições idealizadas, e ambas se revelam espaços de disputa de poder entre gêneros e gerações. Além disso, segundo Debert (1999), viver com os filhos não é garantia de respeito, cuidado adequado ou ausência de maus-tratos. A autora cita exemplos de denúncias de violência física contra idosos que são mais frequentes quando diferentes gerações convivem na mesma unidade doméstica.

A mídia desempenha um papel importante na “nutrição” desse preconceito, bem como é nutrida 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.⁵ Por outro lado, as denúncias de maus-tratos, abandono e mortes ocorridas nessa instituição ou em outra 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.

As críticas a essa forma de cuidar deram origem a uma nova visão e prática, centrada nos direitos humanos (Redondo e Lloyd-Sherlock, 2009; Christophe e Camarano, 2010). A mídia, tanto nacional quanto internacional, já vem, há algum tempo, mudando a sua percepção sobre esse tipo de instituição. No plano internacional, podem-se citar vários filmes: *O Quarteto* (2012), *E se Vivéssemos Todos Juntos?* (2012), *O Exótico Hotel Marigold 1 e 2* (2012 e 2015) e *A Festa da Despedida* (2015).

No Brasil, a TV Globo 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. O asilo foi mostrado como uma residência que propiciava integração entre os residentes, com namoro e casamento. Mostrava, também, a integração entre gerações e familiares, na figura, por exemplo, de uma neta que ia dormir com a avó. Também, em 2014, outra novela da TV

5. Para conhecer as diferenças entre um asilo ou uma Ilpi e um estabelecimento de saúde, ver Romero *et al.* (2010).

Globo, *Em Família*, mostrou um asilo como uma residência que propiciava o mesmo tipo de integração entre os residentes.

Além disso, o Jornal Nacional, em dezembro de 2006, entrevistou residentes do Abrigo 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. Uma reportagem do jornal O Globo, de 8 de dezembro de 2009, apontou para a necessidade de mais instituições para cuidar de um “país que envelhece”. A revista *Isto É* publicou, em 13 de março de 2010, uma reportagem sobre Ilpis brasileiras, intitulada *Como se estivéssemos em casa*.

Nos casos citados, as instituições são vistas como residências coletivas que propiciam integração social, criação de laços afetivos e não implicam, necessariamente, rompimento de laços familiares. Isso foi observado no trabalho de campo descrito por Camarano e Scharfstein (2010), bem como na pesquisa desenvolvida por Graeff (2007).

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 em Ilpi do que as anteriores, o que pode ser interpretado, por um lado, como uma mudança de percepção e, por outro, sob o aspecto de que esses indivíduos se encontram mais distantes da possibilidade de necessitarem de cuidados permanentes, o que pode torná-los mais propensos a aceitar esse tipo de residência (Camarano, 2007b; Camarano, 2008a; Camarano 2008b; Camarano, 2008c; Camarano *et al.*, 2010).

4 AS ILPIs

4.1 Visão geral das Ilpis

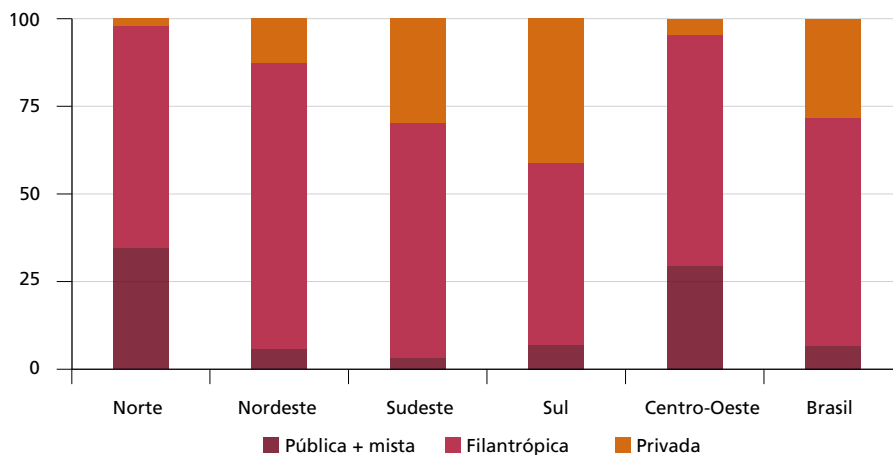
De acordo com a Pesquisa Ipea, a grande maioria das instituições brasileiras é filantrópica, 65,2%, incluindo neste conjunto, as religiosas e leigas, como mostra o gráfico 2. As privadas constituem 28,2% do total. Apenas 6,6% das instituições brasileiras são públicas ou mistas, predominando as municipais. Isto significa 218 instituições, número bem menor que o total de instituições religiosas vicentinas, aproximadamente 700 em 2010. O governo federal mantém apenas duas instituições, o Abrigo Cristo Redentor, que abriga 298 idosos pobres, e a Casa

Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes, restrita a trabalhadores e familiares da Aeronáutica.

GRÁFICO 2

Brasil: distribuição proporcional das Iapis de acordo com a natureza jurídica, segundo regiões (2007-2009)

(Em %)



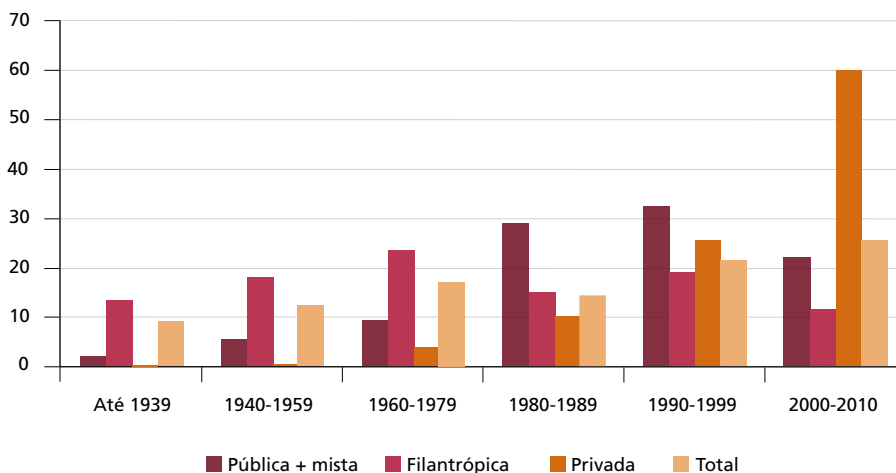
Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

Como a pesquisa refere-se a apenas um ponto no tempo, é difícil saber como o número de instituições tem variado ao longo dele, ou seja, se 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. Nesse caso, isso deve ocorrer com mais frequência entre as instituições privadas. O gráfico 3 mostra que a maior parte (61,4%) das instituições existentes no momento da pesquisa foi criada a partir de 1980. Na última década, 25,4% das instituições existentes iniciaram suas atividades.

Observa-se, nas últimas décadas, um crescimento acentuado das instituições privadas com fins lucrativos. Na primeira década deste século, elas representaram 64,2% das instituições criadas. Isso pode refletir uma diminuição de preconceitos em relação a essa modalidade de cuidados, dado o aumento da demanda, bem como a reduzida atenção que essa alternativa de serviços tem recebido das políticas públicas em geral. Não se sabe se essas instituições têm preenchido os requisitos legais para seu funcionamento.

GRÁFICO 3

Brasil: distribuição proporcional das Ilpis por natureza jurídica segundo o ano de início de funcionamento (2007-2009)
(Em %)



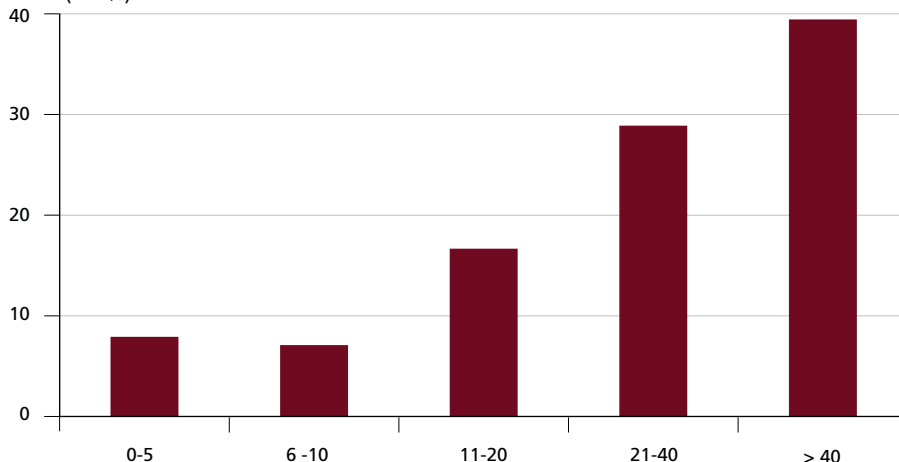
Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

Em 2012, 1.227 instituições responderam ao Censo Suas. Este número passou para 1.451 em 2014, o que pode ser explicado por um crescimento no número destas instituições, por um maior credenciamento pelo Suas e/ou por uma maior resposta ao Censo. Uma inferência sobre o crescimento ou não das Ilpis credenciadas, também, pode ser obtida pela sua distribuição percentual por tempo de implementação, conforme mostra o gráfico 4. Pode-se observar que grande parte, 39,4%, tem mais de 40 anos de funcionamento. É possível que estas instituições sejam mais resistentes a fechar do que as instituições privadas com fins lucrativos. Apenas 7,9% foram implantadas nos últimos cinco anos anteriores ao censo. Isso sugere um crescimento reduzido deste tipo de instituição e/ou falta de esforço governamental em ajudar na sua criação.

A Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) informou que, tanto em 2009 quanto em 2013, instituições de acolhimento para idosos existiam apenas em cerca de 20% dos municípios. As 3.548 instituições localizadas pela Pesquisa Ipea cobrem apenas 28,9% dos municípios brasileiros.

GRÁFICO 4

Brasil: distribuição proporcional das Ilpis credenciadas no Suas por tempo de implementação (2014)
(Em %)



Fonte: MDS/Censo Suas de 2014.

4.2 Localização espacial

A tabela 1 apresenta o número de instituições identificadas pelas pesquisas Ipea e Suas, segundo as regiões brasileiras. Pode-se observar que, para todos os tipos de instituição, aproximadamente dois terços delas estão localizados na região Sudeste do país. Este é um resultado esperado, dado que a maior proporção da população idosa está localizada na região. A distribuição das Ilpis que responderam ao Censo Suas apresenta-se ligeiramente menos concentrada do que na Pesquisa Ipea. Na região Sudeste, encontram-se 57,6% das instituições. Em ambos os casos, a região Sul é a segunda maior em absorção das Ilpis; é onde se encontram 20% do total das instituições e cerca de 17% das filantrópicas conveniadas. Em relação à pesquisa Ipea, as instituições filantrópicas das regiões Centro-Oeste e Norte apresentam-se super-representadas.

TABELA 1

Brasil: número de Ilpis por região

	Pesquisa Ipea (2009)			Censo Suas (2014)
	Total ¹	Filantrópicas conveniadas	Filantrópicas não conveniadas	Filantrópicas conveniadas
Norte	49	18	12	35
Nordeste	301	180	62	180
Sudeste	2.034	1.027	322	836
Sul	663	275	64	242
Centro-Oeste	245	117	44	158
Brasil	3.292	1.617	504	1.451

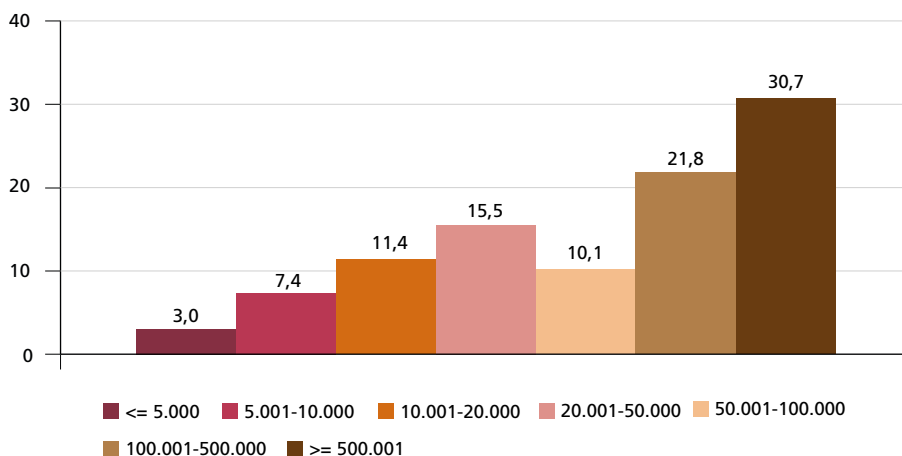
Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq e MDS/Censo Suas (2014).

Nota: ¹ Refere-se a todas as instituições que responderam a Pesquisa Ipea, incluindo as instituições de natureza pública, filantrópica, privada e mista.

Verificou-se, também, uma concentração das instituições nos municípios de grande porte. Aproximadamente 71% dos municípios brasileiros não contam com nenhuma instituição de acordo com a Pesquisa Ipea. O gráfico 5 apresenta a distribuição de instituições por tamanho de municípios (definido pelo número de habitantes). Aproximadamente 30% das instituições brasileiras estão localizadas nos municípios com mais de 500 mil habitantes. Nos pequenos, com menos de 10 mil habitantes, encontram-se 10,4% das instituições. Essa discrepância na distribuição espacial fica nítida na tabela 2, que apresenta o número médio de instituições por município de acordo com a população. Enquanto nos municípios com menos de 5 mil habitantes o número médio foi de 0,08, nos municípios com mais de 500 mil habitantes alcançou aproximadamente 28.

GRÁFICO 5

Brasil: proporção de municípios com pelo menos uma Ilpi identificada, segundo o tamanho (2007-2009)
(Em %)



Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

TABELA 2

Brasil: número de Ilpis identificadas segundo o tamanho dos municípios (2007-2009)

	Municípios	Municípios com Ilpis	Ilpis identificadas	Municípios com Ilpis (%)	Número médio de Ilpis
<= 5.000	1.282	104	108	3,0	0,08
5.001-10.000	1.283	254	261	7,4	0,20
10.001-20.000	1.363	373	404	11,4	0,30
20.001-50.000	1.050	432	551	15,5	0,52
50.001-100.000	317	211	360	10,1	1,14
100.001-500.000	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.

Chega-se à mesma conclusão sobre a concentração das instituições nos municípios de grande porte quando se compara a distribuição das Ilpis credenciadas pelo Suas, pelo tamanho dos municípios (tabela 3). A classificação dos municípios por tamanho é diferente da anterior, por isto estão apresentadas em tabelas diferentes. Enquanto os municípios de pequeno porte têm 0,1 Ilpi por município, as metrópoles têm, em média, oito instituições por município.

TABELA 3
Brasil: número de Ilpis por município segundo seu tamanho (2010)

Número de habitantes	Ilpis	Municípios	Ilpi/Município
<= 20.000	379	3.914	0,10
20.001-50.000	330	1.043	0,32
50.001-100.000	204	325	0,63
100.001-900.000	402	266	1,51
>= 900.001	136	17	8,00
Total	1.451	5.565	0,26

Fonte: MDS/Censo Suas de 2014 e IBGE/Censo Demográfico de 2010.

Obs.: Municípios de pequeno porte I: até 20.000 habitantes; municípios de pequeno porte II: de 20.001 a 50.000 habitantes; municípios de médio porte: de 50.001 a 100.000 habitantes; municípios de grande porte: de 100.001 a 900.000 habitantes; metrópole: municípios de mais de 900.000 habitantes.

O quadro 1 apresenta um perfil das instituições brasileiras por natureza jurídica. Para esta caracterização, aplicou-se um modelo de regressão logística multinomial aos dados da Pesquisa Ipea, a fim de verificar fatores associados à natureza das instituições (pública, privada e filantrópica).⁶ Pode-se observar que as instituições públicas predominam na região Centro-Oeste. São pequenas, com até vinte leitos, e, entre os residentes, predominam os homens. O regime de funcionamento é aberto ou semiaberto. As instituições oferecem serviços médicos, dentários e psicológicos. Os idosos, quando necessitam de cuidados mais intensivos, recorrem a hospitais públicos.

Predominantes na região Sudeste, as filantrópicas são instituições maiores, com mais de vinte residentes, em que até 70% dos idosos são considerados dependentes, e o regime de funcionamento é fechado. Oferecem serviço médico e dentário e possuem convênio com órgãos públicos. Para atendimentos mais complexos, os residentes são encaminhados a hospitais públicos.

6. Para mais detalhes sobre a metodologia, ver o apêndice.

QUADRO 1
Perfil das Ilpis brasileiras segundo a natureza jurídica

	Pública	Filantrópica	Privada
Região	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
Regime de funcionamento	Aberto/semiaberto	Fechado	Aberto/semiaberto
Parceria ou convênio	–	Sim	Não
Unidade de saúde onde os residentes são atendidos	Sistema Único de Saúde (SUS)/hospital público	SUS/hospital público	Serviços particulares
Serviço médico	Sim	Sim	Sim
Serviço dentário	Sim	Sim	Não
Atendimento psicológico	Sim	Não	Não
Quantidade de idosos	Até 20	Mais de 20	Até 20
Percentual de mulheres	Menos de 50%	–	Mais de 50%
Percentual de idosos dependentes	–	Até 70%	Mais de 70%
Quantidade de leitos	Até 20	–	–

Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

São as instituições privadas com fins lucrativos, que operam em regime aberto ou semiaberto e possuem até vinte idosos residentes, predominam na região Sul. Oferecem apenas serviços médicos, e os idosos, quando necessitados de atendimentos mais complexos, são atendidos em hospitais privados.

4.3 Tamanho das instituições

A RDC nº 283 da Anvisa definiu normas de funcionamento para as Ilpis. No que se refere à infraestrutura física, a Ilpi deve atender aos requisitos previstos na própria RDC, bem como em códigos, leis ou normas pertinentes, quer na esfera federal, estadual ou municipal e nas normas específicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) (Giacomin e Couto, 2010).

Para caracterizar o tamanho das Ilpis brasileiras, foram considerados três indicadores de infraestrutura física: área total e construída; espaços disponíveis e número de leitos por quarto (ocupados e vagos). Todos os indicadores foram obtidos com as informações da Pesquisa Ipea. No que se refere aos dois primeiros, pode-se dizer que as instituições brasileiras ocupam amplos terrenos. A tabela 4 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.

Em média, cada Ilpi brasileira abriga 30,4 residentes, o que leva a se inferir que são instituições pequenas. No conjunto, predominam as instituições com menos de vinte residentes, responsáveis por 38,0% do total, seguidas das que contam com vinte a 29 residentes (24,0%) e as de trinta a 49 residentes (23,0%).

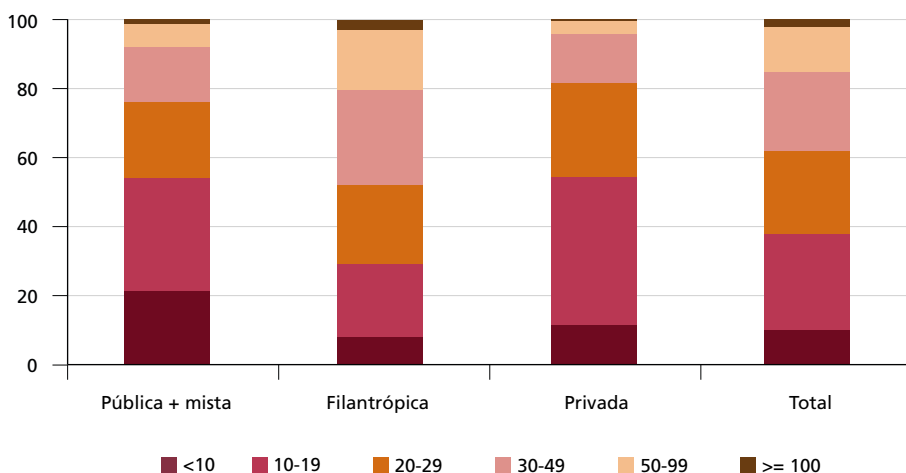
Aproximadamente 15% podem ser consideradas grandes, pois abrigam cinquenta residentes ou mais (gráfico 6). Analisando esta informação por natureza jurídica, observam-se algumas diferenças. A proporção de instituições que contam com mais de cinquenta residentes é mais elevada entre as filantrópicas que nas demais, 20,5%. Entre as privadas, a proporção é de apenas 4,1%. Já as instituições com menos de vinte residentes representam a maioria das públicas (54,1%) e privadas (54,4%), enquanto entre as filantrópicas, a proporção é inferior a 30%.

TABELA 4
Brasil: estatísticas da área física e construída das Ilpis (2007-2009)
 (Em m²)

	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.

GRÁFICO 6
Brasil: distribuição proporcional das Ilpis por tamanho, segundo a natureza jurídica (2007-2009)
 (Em %)



Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

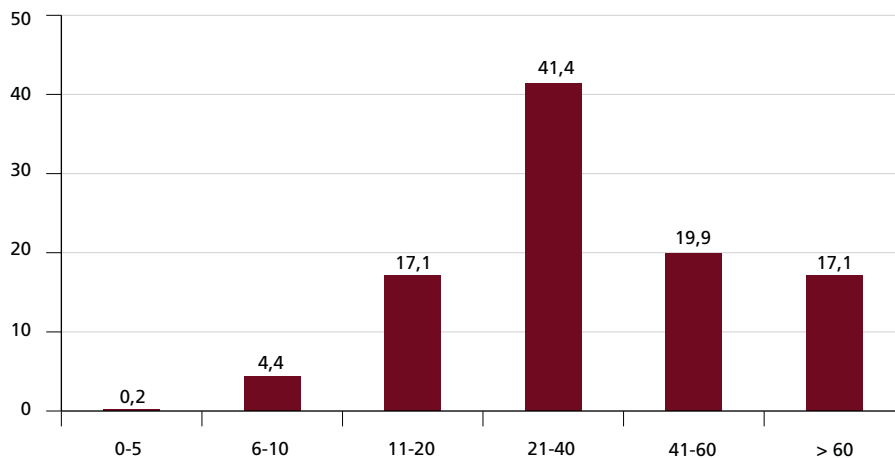
Entre as instituições conveniadas com o Suas, predominam as de médio porte, ou seja, que recebem entre 21 a quarenta pessoas, 41,4% (gráfico 7). Em segundo lugar, situam-se instituições que oferecem de 41 a sessenta vagas, que são

responsáveis por cerca de 20% do total de instituições conveniadas. Cerca de 17% dessas instituições oferecem mais de sessenta leitos.

GRÁFICO 7

Brasil: distribuição proporcional das unidades de acolhimento de idosos do Suas, segundo a sua capacidade máxima, por número de vagas da unidade (2014)

(Em %)



Fonte: MDS/Censo Suas (2014).

No conjunto das instituições pesquisadas pelo Ipea, dos 109.447 leitos declarados, aproximadamente 90% estão ocupados. Ou seja, pode-se falar que as instituições estão operando com quase toda a sua capacidade. Romero *et al.* (2010) e Pollo e Assis (2008) apontam para uma demanda por Ilpis não atendida no município do Rio de Janeiro. Os autores mostram que 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. Isso significa um atendimento não adequado para esses idosos, além de bloqueio de vagas que poderiam ser utilizadas para pacientes agudos e custos mais elevados para o Estado.

Pelos 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, com uma demanda de trinta a quarenta 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 de Ilpis. As autoras salientam que moradores de rua são geralmente homens independentes para a realização das AVDs.

Quanto às condições de acessibilidade das instituições, apenas o Censo Suas levantou esta questão e encontrou mais de 90% das instituições com banheiro adaptado para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, rota acessível ao banheiro, aos dormitórios e ao espaço de uso coletivo. Também o acesso principal é adaptado com rampas e rotas acessíveis desde a calçada até o interior da unidade.

5 OS IDOSOS 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 devido ao fato de elas serem mais velhas, terem piores condições de saúde e de capacidade funcional além de uma posição desfavorecida nos arranjos familiares. Além disso, como já apontado pela literatura, homens têm chance maior do que as mulheres de serem cuidados pelos respectivos cônjuges e, com isso, permanecer mais tempo com a família.⁷

Nas 3.294 instituições que responderam à Pesquisa Ipea, foram encontrados 100.251 residentes, dos quais 11,9% não eram idosos, se adotado o corte etário definido pela PNI, de 60 anos ou mais. O Censo Suas apontou 53.643 residentes nas suas instituições credenciadas, dos quais 7,4% não eram idosos.

Uma estimativa⁸ feita com base nos dados dos Censos Demográficos de 2000 e 2010 apontou 103 mil idosos residentes em domicílios coletivos⁹ em 2000 e 117 mil em 2010, o que se considerou serem Ilpis. O número de residentes cresceu, mas em ritmo inferior (13%) ao da população idosa (46%). Com isso, os residentes passaram a constituir apenas 0,6% da população idosa brasileira, indicando que a cobertura dessa modalidade de atendimento é bastante baixa, se comparada aos padrões internacionais. Isso pode ser reflexo do baixo número de instituições, da qualidade dos serviços prestados e/ou do preconceito com relação a essa modalidade de cuidados, o que afeta a expansão da sua oferta.

O gráfico 8 compara a distribuição por idade dos residentes nas instituições consideradas como Ilpis nos dois censos. De uma maneira geral, esses dados confirmam os achados da literatura: domínio de mulheres e de pessoas mais idosas. A mudança observada no período reforçou a tendência

7. Ver Duarte *et al.* (2010) e Camarano e Kanso (2010).

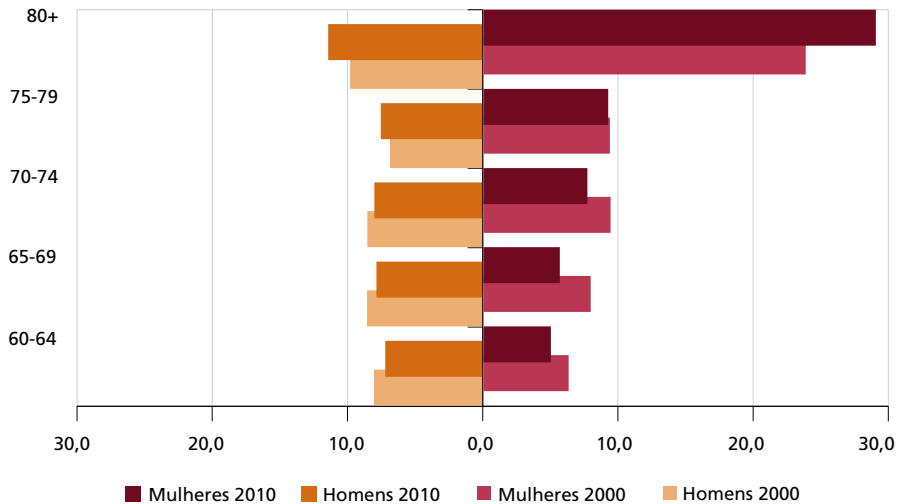
8. Ver Camarano (2005) e Camarano *et al.* (2010).

9. Além das Ilpis, nessas informações estão incluídos residentes em prisões, hotéis, conventos, seminários etc. Não podem ser apresentadas desagregadas. Isso pode explicar o menor número de pessoas encontradas nas Ilpis pela pesquisa Ipea.

do envelhecimento deste grupo populacional, mas a razão de sexos ficou aproximadamente constante, em torno de 74. Ou seja, para cada cem mulheres residentes, havia 74 homens.

GRÁFICO 8

Brasil: distribuição da população idosa que reside em domicílios coletivos na condição de "individual", por idade e sexo, que não trabalha e nem procura emprego (Em %)

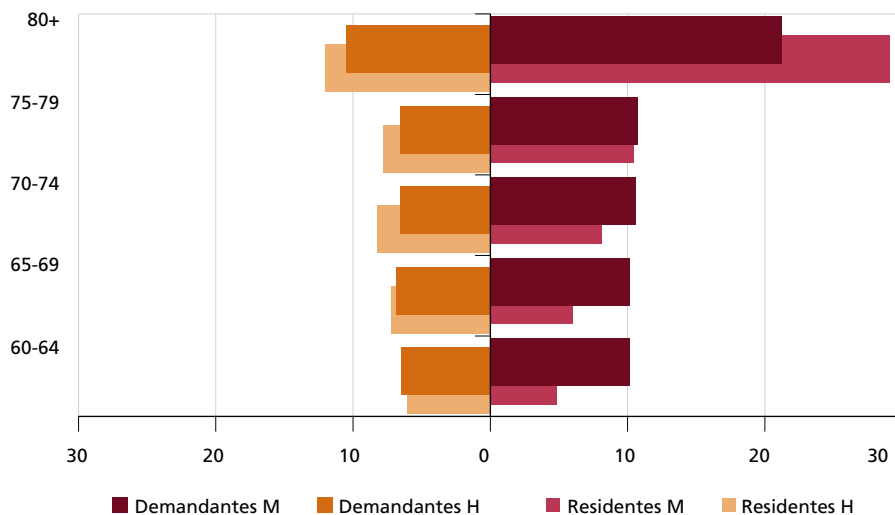


Fonte: IBGE/Censos demográficos de 2000 e 2010.

Assumindo que a população que demanda cuidados é a que tem dificuldades para as AVDs, o gráfico 9 compara a distribuição proporcional de idosos residindo em domicílios particulares com dificuldades para a vida diária, chamados demandantes de cuidados, com a de idosos residindo nas Ilpis pesquisadas. Em ambas as situações, a proporção de idosos cresce com a idade, e de forma mais acentuada 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.

GRÁFICO 9

Brasil: distribuição proporcional da população de idosos residentes nas Ilpis e de idosos com dificuldades para as AVDs (2007-2009)
(Em %)

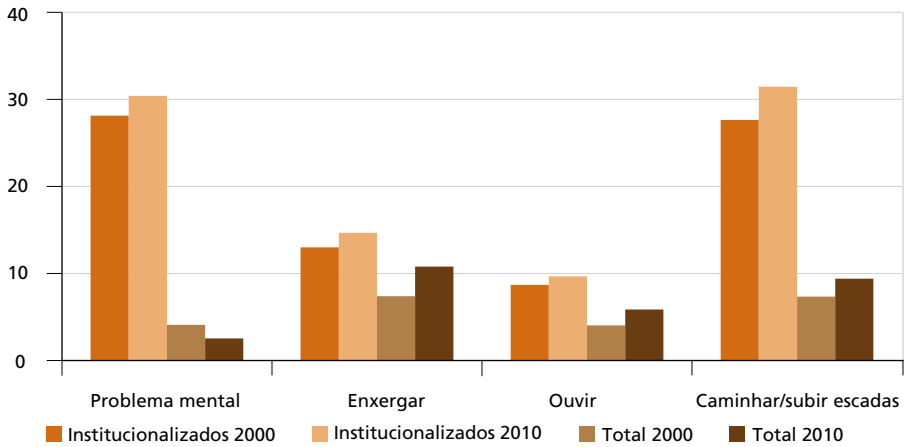


Fonte: IBGE/Pnad de 2008 e Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

Os gráficos 10 e 11 comparam a proporção de idosos residentes com algum tipo de deficiência com a de idosos não residentes, por tipo de deficiência, homens e mulheres, respectivamente. Pode-se observar nos dois gráficos mencionados que tanto os homens quanto as mulheres residentes apresentam uma proporção mais elevada de deficiências mencionadas do que os não residentes. As maiores diferenças dizem respeito a problema mental e a caminhar e/ou subir escadas, tanto para homens quanto para mulheres. Relativamente, todos os residentes, independentemente do sexo, apresentaram uma proporção mais elevada de todas as deficiências pesquisadas, à exceção da deficiência para ouvir. O mesmo aconteceu entre os não residentes, à exceção da deficiência mental, cuja proporção diminuiu no período. O aumento observado nas várias proporções pode estar refletindo um envelhecimento do grupo etário.

GRÁFICO 10

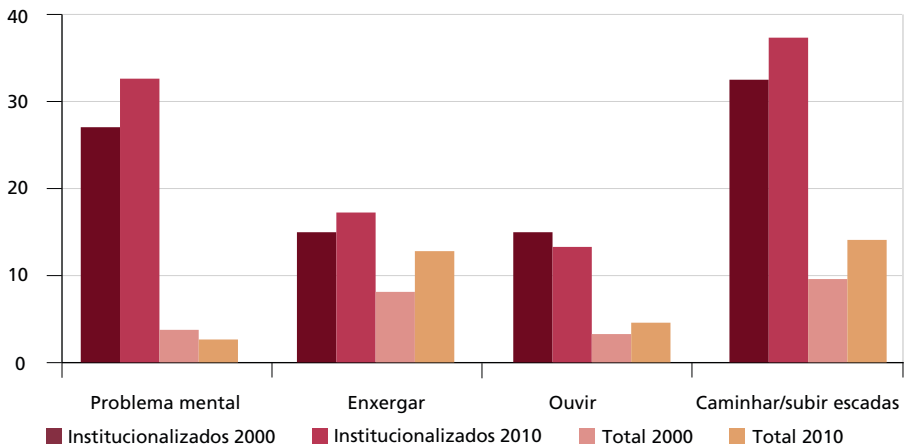
Brasil: proporção de idosos do sexo masculino que reportaram algum tipo de deficiência por tipo de moradia (Em %)



Fonte: IBGE/Censos demográficos de 2000 e 2010.

GRÁFICO 11

Brasil: proporção de idosas do sexo feminino que reportaram algum tipo de deficiência por tipo de moradia (Em %)



Fonte: IBGE/Censos demográficos de 2000 e 2010.

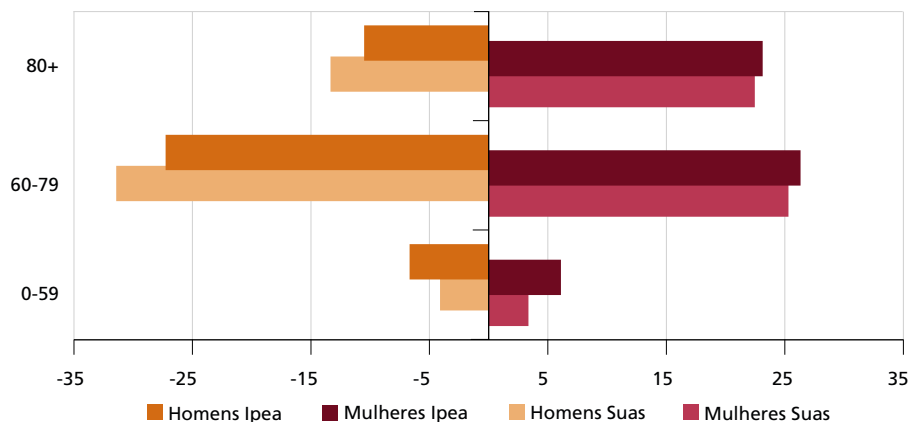
A comparação dos residentes nas unidades de acolhimento de idosos cadastrados no Suas aponta para um crescimento de 45,5 mil para 53,6 mil entre 2012 e 2014, o que é coerente com o aumento do número de instituições recenseadas. No gráfico 12,

sua estrutura etária por sexo é comparada com a distribuição dos residentes nas instituições filantrópicas pesquisadas pelo Ipea. Entre os acolhidos nas unidades de abrigamento do Suas, pode-se encontrar uma proporção relativamente maior de homens, que são mais velhos do que os residentes nas instituições pesquisadas pelo Ipea. O contrário acontece com as mulheres.

GRÁFICO 12

Brasil: distribuição da população acolhida nas instituições conveniadas com o Suas, por idade e sexo (2010 e 2014)

(Em %)



Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq e MDS/Censo Suas de 2014.

O gráfico 13 compara a distribuição proporcional da população idosa residente nas Ilpis públicas e filantrópicas com os residentes nas Ilpis privadas, por sexo e idade. Todas as informações foram extraídas da Pesquisa Ipea. Embora se observe o predomínio de mulheres nas duas modalidades de instituição, ele é mais acentuado nas instituições privadas com fins lucrativos. O mesmo acontece com a população muito idosa. 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 Ilpis públicas e privadas, questões de ordem financeira também devem fazer parte dos fatores que levam à procura de uma instituição para moradia.

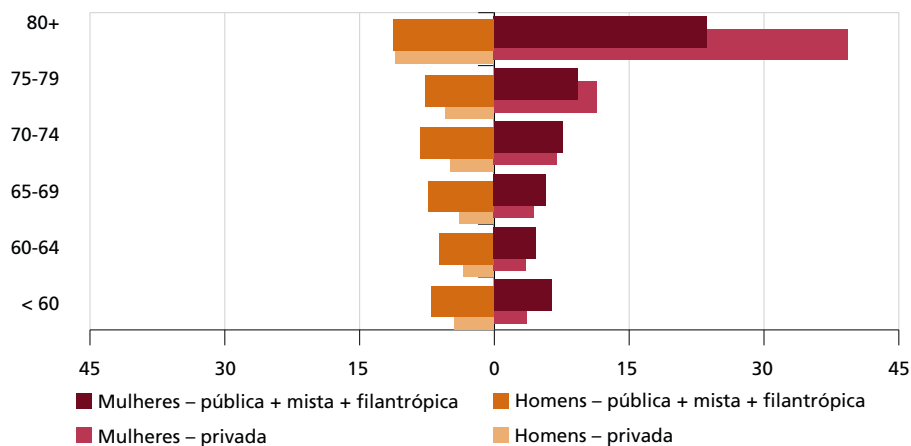
A Pesquisa Ipea também coletou informações sobre o grau de dependência dos residentes em Ilpis. O grau de dependência é uma variável importante para se definir a adequação dos serviços de uma instituição. Assim, uma instituição com idosos independentes deveria contar com uma ampla oferta de serviços voltados 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.

GRÁFICO 13

Brasil: distribuição proporcional dos residentes em Ilpis por idade e sexo segundo a natureza jurídica (2007-2009)

(Em %)



Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

A classificação utilizada na pesquisa leva em conta o número de AVDs¹⁰ que o residente tem habilidade para efetuar. As categorias são: independentes, refere-se a quem não necessita de auxílio para realizar as AVDs; semidependentes, quem necessita de ajuda em até três dessas atividades; e dependentes, aqueles que precisam de ajuda para realizar as atividades de autocuidado. Essas informações referem-se ao total de residentes.

Variações expressivas na proporção de idosos dependentes são encontradas quando se considera a natureza jurídica da instituição. O gráfico 14 apresenta a distribuição proporcional dos residentes das Ilpis pelo grau de dependência segundo 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%) como 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. Menciona-se, também, a falta de estruturas intermediárias de cuidado previstas na PNI, que poderiam auxiliar as famílias a cuidar por mais tempo dos familiares com comprometimento funcional.

10. As atividades são: fazer higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se ou locomover-se.

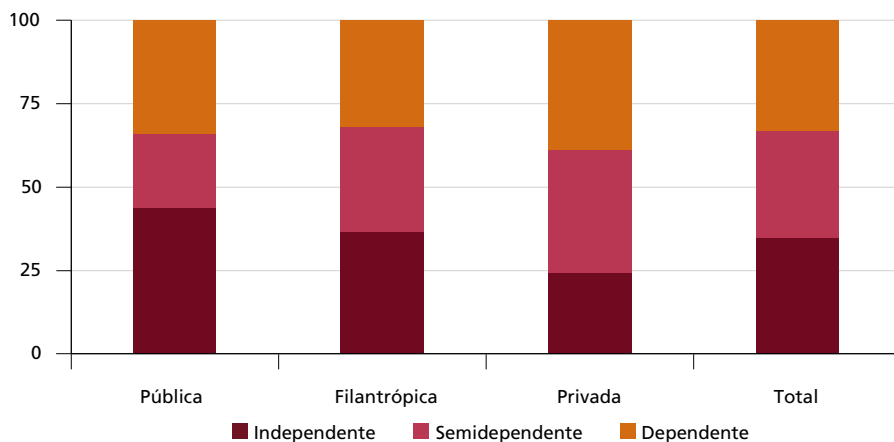
Nas Ilpis públicas mistas e filantrópicas, observa-se o contrário. A maior parte dos residentes é independente, 43,9% e 36,7%, respectivamente. Nesse caso, como já apontado, carência de renda e falta de moradia podem figurar entre os principais motivos que levam à busca por uma residência institucional. Salienta-se, também, outra possibilidade, que seria a mortalidade “precoce” dos idosos residentes nessas Ilpis. Ou seja, essas unidades não conseguem oferecer os cuidados necessários que permitiriam a sobrevivência de idosos muito frágeis.

Além disso, são pouquíssimas as instituições que contam com público exclusivo de idosos dependentes ou independentes, 2,6% e 2,3%, respectivamente. Pode-se sugerir que existe uma evolução para a dependência dentro das Ilpis: os idosos entram nas instituições com relativa autonomia e, à medida que a idade avança ou por falta de cuidados adequados, têm a autonomia comprometida. Apesar de ser mais fácil administrar uma instituição onde residem apenas pessoas dependentes ou 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 seu art. 49, § 3º, afirma que o idoso deve ser mantido na mesma instituição, salvo em caso de força maior.

GRÁFICO 14

Brasil: distribuição proporcional dos residentes nas Ilpis por grau de dependência, segundo a natureza jurídica das instituições (2007-2009)

(Em %)



Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

Os dados da pesquisa Suas não permitem uma comparação com os dados da Pesquisa Ipea. O que se pode observar nos dados levantados pelo Suas é que, do total de 53.643 residentes nessas instituições, 23,2% declararam ter deficiência sensorial (visão, audição); 21,1% declararam ter deficiência mental; e 19,4%

alegaram transtorno mental. Além disto, 19,4% requerem assistência para todas as atividades de autocuidado.¹¹

6 ILPIs: LUGAR PARA MORRER OU PARA VIVER A ÚLTIMA FASE DA VIDA?

As Ilpis são comumente associadas a imagens negativas e preconceitos e, ainda, muitas vezes vistas como depósito de idosos à espera do tempo de morrer (Davim *et al.*, 2004; Novaes, 2003; Born, 2001). Em geral, o ingresso em uma instituição não vem acompanhado de um projeto de retorno à comunidade e à família. Não é comemorado como o é a saída de casa dos filhos adultos.

Estimativas feitas com dados da Pesquisa Ipea¹² apontam que os homens passam em média 5,9 anos, e as mulheres, 6,7 anos morando em uma instituição. Os dados da pesquisa Suas apontam que 48,8% dos residentes nestas instituições vivem lá há mais de quatro anos. Estes dados chamam a atenção para a necessidade de um projeto de vida para essas pessoas, além obviamente de um projeto de cuidados.

Dadas as informações disponíveis, dois indicadores podem ser obtidos com os dados da Pesquisa Ipea que permitem inferir sobre a existência de algum projeto nas instituições com a função de “preencher” a vida desses indivíduos, ajudando-os a exercer um papel social. Um deles é a disponibilidade de outros espaços além dos quartos, o que está mostrado no gráfico 15. 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. Isso 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.

A oferta de atividades que geram renda, de lazer e/ou de cursos diversos é menor que a de serviços médicos: 45,4% e 66,1%, respectivamente (gráfico 1). O papel dessas atividades é estimular algum grau de integração entre os residentes. Diferenças relevantes também são observadas entre a oferta de atividades pela natureza jurídica das instituições. Aproximadamente 30% das instituições privadas com fins lucrativos oferecem atividades que geram renda, de lazer e cursos diversos. A proporção comparável nas filantrópicas é 47,2%. Nas públicas, a proporção chega a 80,0%. A baixa oferta verificada nas instituições privadas reflete, provavelmente, a condição de dependência funcional de grande parte de seus residentes (Camarano *et al.*, 2010).

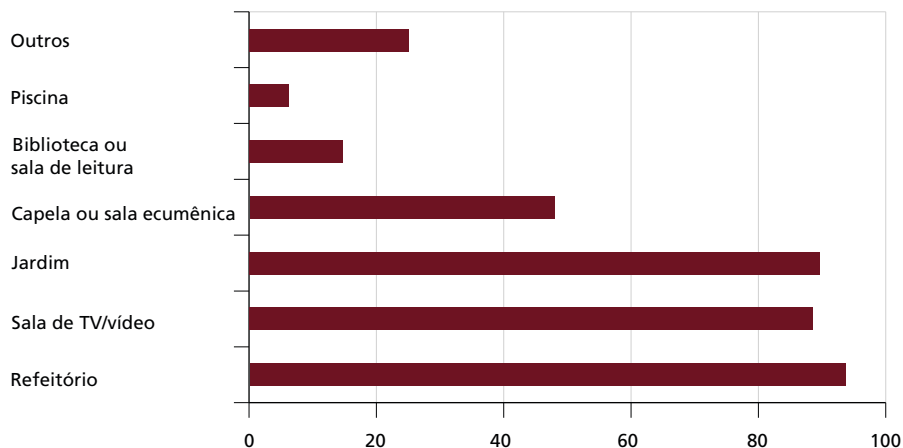
11. É provável que haja uma sobreposição nas pessoas que reportaram cada tipo de deficiência.

12. Estes dados dizem respeito apenas aos residentes nas Ilpis localizadas nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sul.

GRÁFICO 15

Brasil: proporção de Iapis que declararam dispor de espaços, por tipo (2007-2009)

(Em %)



Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

7 CUSTOS, FINANCIAMENTOS E PARCERIAS

Segundo a Pesquisa Ipea, cada instituição gasta mensalmente, em média, R\$ 744,10 por residente.¹³ Esse gasto varia de acordo com a 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 e de alguns impostos, além de serem propensas a receber doações e a contar com pessoal voluntário e/ou cedido dos governos estaduais ou municipais e, ainda, a obter alguma ajuda monetária. Nas instituições públicas, o gasto médio *per capita* é maior, R\$ 909,92, o que parece ser devido ao maior gasto com pessoal. Nas instituições privadas filantrópicas ou com fins lucrativos, os valores são bastante semelhantes, R\$ 738,18 e R\$ 724,52, respectivamente (tabela 5). Nessas duas modalidades de instituição, encontram-se aproximadamente 95% dos residentes.

Os números apresentados na tabela 5 são valores médios, que apresentam uma grande variabilidade. A Iapi 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 que reportou o custo mais baixo é uma 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.

13. 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 e 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)

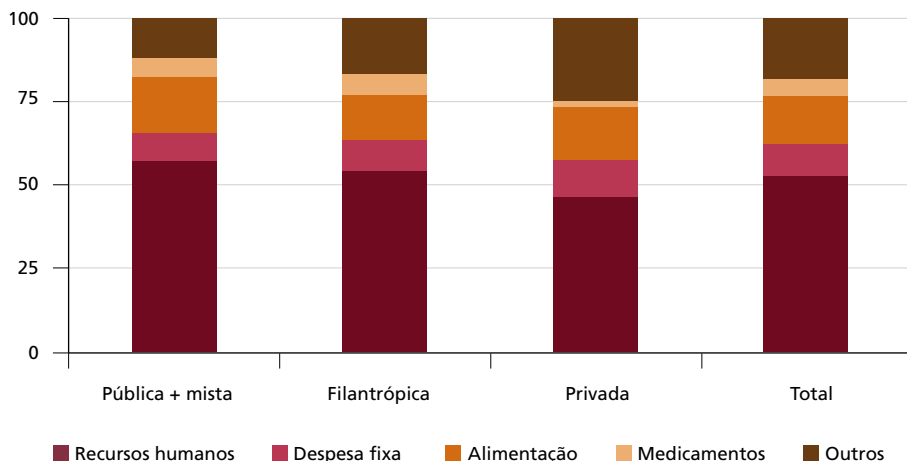
	Residentes (%)	Custo médio <i>per capita</i> (R\$)	Desvio-padrão do custo médio <i>per capita</i> (R\$)
Pública + mista	5,5	909,92	448,17
Filantrópica	76,8	738,18	156,47
Privada	17,8	724,52	300,95
Total	100,0	744,10	164,08

Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

A composição dos gastos das instituições pesquisadas pelo Ipea, segundo vários itens, está apresentada no gráfico 16. A maior parcela dos recursos é destinada ao pagamento dos funcionários que nelas trabalham ou prestam serviços. Isso ocorre em todas elas, independentemente de sua natureza, mas com importância diferenciada. Essa rubrica responde por 52,9% do total dos gastos das Ilpis brasileiras. Cerca de 14% 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, em torno de 5%. Isso é explicado, em parte, pelo fato de muitas vezes, estas despesas ficarem 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.

GRÁFICO 16

Brasil: composição percentual dos gastos das Ilpis por natureza jurídica (2007-2009)
(Em %)



Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

Os gastos com pessoal variam de 57,2% do total de gastos das instituições públicas a 46,5% das instituições privadas com fins lucrativos, como mostra o gráfico 16. Gastos com alimentação também são 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 instituições privadas, o que reflete, sem dúvida, a oferta (ou não) de medicamentos por parte das instituições. Por outro lado, as instituições privadas apresentam gastos mais elevados que as demais na categoria *outros*.¹⁴

As instituições brasileiras vivem principalmente do recurso aportado pelos residentes e/ou familiares, mesmo as filantrópicas que recebem financiamento público. Nesse caso, o aporte é chamado de contribuição. Embora a Ilpi seja uma modalidade de abrigamento sob a égide da política de assistência social, constitucionalmente não contributiva, o Estatuto do Idoso abre uma possibilidade de que até 70% do valor do benefício do idoso seja utilizado no custeio da sua residência, incluindo o Benefício de Prestação Continuada (BPC).¹⁵ Esta aparente contradição pode ser explicada pela natureza jurídica das instituições. Elas são privadas, mas sem fins lucrativos e, por isso, recebem aportes do Estado e, também, da sociedade. Mas não são públicas, onde a cobrança de uma contribuição, em qualquer forma, é proibida. 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 mostra o gráfico 17. Esta contribuição varia de 95,7% nas instituições privadas com fins lucrativos a 24,7% nas públicas, que, pelo Estatuto, não poderiam receber.

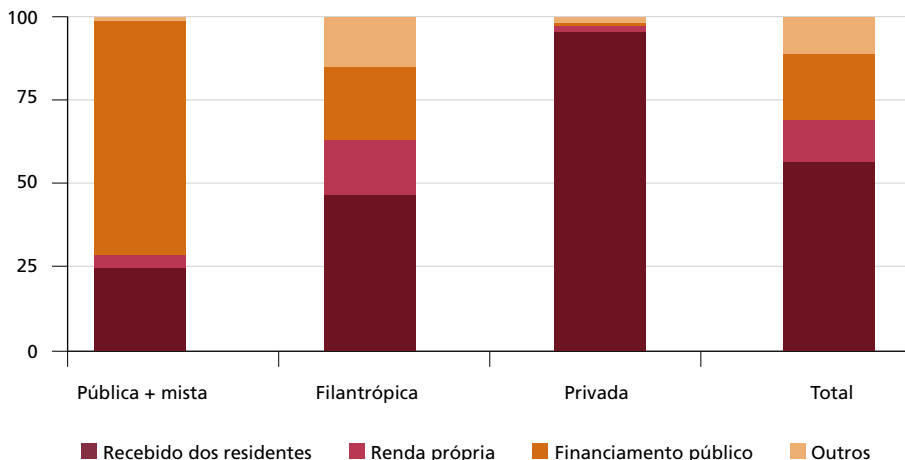
A segunda fonte de renda em importância é oriunda do financiamento público (federal, estadual ou municipal), que está em torno de 20%. Como esperado, a maior proporção de financiamento público é encontrada nas instituições públicas e alcança 70,0%. Nas filantrópicas, a proporção é de 21,8% e nas privadas 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. Constitui 16,7% do total das suas receitas.

14. Outros gastos incluem aluguel, produtos de limpeza, vestuário e higiene pessoal, reparos na casa, combustível e outros (por exemplo, material para escritório).

15. O art. 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 art. 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.

GRÁFICO 17

Brasil: composição percentual do financiamento das Ilpis por natureza jurídica (2007-2009)
(Em %)



Fonte: Pesquisa Ipea/Sedh/MDS e CNPq.

Como se pode observar, a contribuição explícita do financiamento público é muito inexpressiva. Com a implementação do Suas, o valor repassado para as instituições depende da decisão municipal de como repartir o fundo da assistência social. Ou seja, não há mais um valor fixo para todas as instituições. Nas instituições privadas, as mensalidades respondem por 95,7% do seu total de recursos. Pode-se concluir que as instituições vivem, principalmente, do recurso aportado pelos residentes e, no caso das filantrópicas, da ação solidária da comunidade e da contribuição do setor público. Já foi constatado 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 ocorre também com o setor privado. Nesse caso, encontram-se o Sistema S,¹⁶ as associações religiosas e as universidades. No caso do setor público, a contribuição se expressa, entre outras modalidades, pelo fornecimento de medicamentos e serviços médicos pelo SUS. Já com as universidades, sob a forma de estágio supervisionado (Camarano *et al.*, 2010). A sociedade participa na forma de ações de voluntariado, campanhas e doações.

16. Sistema S é o nome pelo qual ficou convencionado chamar o conjunto de instituições de interesse de categorias profissionais: Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (Senar); Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (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).

Portanto, o financiamento das instituições filantrópicas é rateado entre o residente, a sociedade e o Estado, mas sem muita transparência. Isso mereceria um olhar crítico sobre a aplicação dos recursos públicos e privados, que não são monitorados. A sociedade participa do financiamento em três dimensões: por meio dos tributos que custeiam o Suas e o SUS; dos rendimentos ou benefícios sociais dos residentes e familiares; e das doações. Pergunta-se: existe controle social sobre esse montante?

A opção do Estado em oferecer financiamento para colaborar com as Ilpis deve-se à maior facilidade que ele encontra em transferir renda em vez de oferecer serviços. Seria necessário que o Suas estabelecesse mecanismos de maior controle da gestão dos recursos aplicados nas instituições. Se, por um lado, a filantropia alivia as demandas da comunidade, por outro, ela impede a construção de uma política pública adequada de cuidados e o reconhecimento do cuidado como um direito social.

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 e do Censo Suas de 2014.

A Pesquisa Ipea identificou 3.548 instituições, sendo a maior parte delas filantrópica, refletindo a sua origem. As instituições 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 a elas. Poucas são as instituições públicas ou mistas, 6,6% do total. As instituições brasileiras são pequenas: 38,0% abrigam menos de vinte residentes. Apenas 15,1% contam com cinquenta ou mais. As instituições recenseadas pelo Censo Suas são de porte relativamente mais elevado. Quase 50% abrigam de vinte a quarenta residentes.

Segundo as duas pesquisas, as instituições brasileiras não constituem residência apenas para idosos, ainda que legalmente devessem ser. Na Pesquisa Ipea, foram encontradas 100.251 pessoas em instituições, sendo 12% não idosos. Outro aspecto observado é que, à exceção das regiões Norte e Centro-Oeste, as instituições são um espaço predominantemente feminino, o que se acentua à medida que a idade aumenta; no conjunto de residentes, 57,6% são mulheres. Os homens, por sua vez, predominam nas instituições públicas; e as mulheres nas instituições privadas. No Censo Suas, a proporção de não idosos corresponde a aproximadamente 8% dos residentes e também se verifica uma proporção maior de mulheres.

Os residentes constituem menos de 1% da população idosa brasileira, o que caracteriza essa modalidade de atendimento como de cobertura muito baixa. A comparação entre os anos de 2000 e 2010, quanto ao número de residentes em domicílios coletivos, aponta uma diminuição relativa. Além disso, inferiu-se que as instituições estão operando na sua capacidade total, o que tem feito com que hospitais públicos estejam se constituindo em espaços de abrigamento e exigido que famílias que não têm condições de cuidar assumam o cuidado de seus membros idosos frágeis, com maior risco de violência e negligência.

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, aproximadamente 35% dos residentes são independentes. Nas públicas e filantrópicas, predominam residentes independentes. Nas instituições conveniadas com o Suas, cerca de 10% dos residentes precisavam de ajuda para as atividades de autocuidado. O contrário ocorre, no entanto, entre as instituições privadas. A proporção de residentes independentes é bem inferior, 24,5%. Nelas 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 aos serviços ofertados. De modo geral, é bastante elevada a proporção de 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 instituições privadas, nas quais essa proporção é de 86,3%. Já 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: 80,0% delas ofertam atividades desse tipo. Chama atenção, no entanto, que 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 no Brasil e qual seria o seu papel? Pelo que foi visto, parece que se pode falar que elas cumprem dois papéis. Fornecem abrigamento para idosos pobres, o que deve estar associado à sua origem; e cuidados para idosos frágeis. Isso, porém, não caracteriza exatamente os dois tipos de instituições, muito embora o perfil dos residentes varie segundo a natureza jurídica. São poucas as instituições que contam só com idosos independentes ou só com idosos dependentes. Não há um consenso entre os especialistas se a instituição deveria aceitar apenas idosos com o mesmo grau de dependência.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família**: entre abafos e desabafos. Campinas: Alínea, 2004.
- ALVES FILHO, F. Tragédia no depósito de velhos. **Revista ISTO É**, n. 1393, p. 108-115, 1996.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Diário Oficial da União**, 27 set. 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html>. Acesso em: 23 maio 2016.
- 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.
- 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.
- 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: NÉRI, A. (Org.). **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Editora 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.
- _____. **Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos – região Sul**. Brasília: Ipea; Presidência da República, 2008c.
- CAMARANO, A. A. *et al.* As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMARANO, A. A., KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMARANO A. A.; SCHARFSTEIN, E. A. Instituições de Longa Permanência para Idosos: abrigo ou retiro? *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CHRISTOPHE, M., CAMARANO, A. A. Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 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**. 2004. 122 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2004.

CREUTZBERG, M. *et al.* Long-term care institutions for elders and the health system. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 6, p. 1144-1149, nov./dec. 2007.

DAVIM, R. M. B. *et al.* Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, 2004.

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

DUARTE, Y. A. O. *et al.* Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

GIACOMIN, K. C.; COUTO, E. C. A fiscalização das ILPIs: o papel dos Conselhos, do Ministério Público e da vigilância sanitária. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GRAEFF, L. Instituições totais e a questão asilar: uma abordagem compreensiva. **Revista do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 11, p. 7-25, 2007.

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

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. 2003. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 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.

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

ROMERO, D. E. *et al.* 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. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

STANFORD, A. M. *et al.*, An International Definition for “Nursing Home”. **JAMDA**, n. 16, p. 181-184, 2015.

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.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2003.

APÊNDICE

METODOLOGIA

Por meio dos dados obtidos da pesquisa Ipea que analisou as características das Ilpis no Brasil, utilizou-se o modelo de regressão logística multinomial a fim de verificar fatores associados à natureza das instituições.

Neste estudo, a variável resposta natureza da instituição possui três categorias: pública, privada e filantrópica. Para a estimação, é necessário definir uma das três possíveis categorias de resposta como base, e foi definida a categoria filantrópica, ou seja, as probabilidades das outras duas categorias serão estimadas com relação à categoria filantrópica.

Dessa forma, o modelo de regressão logística multinomial é definido por:

$$\ln\left(\frac{\theta_j}{\theta_3}\right) = \mu + \beta_{1j} + \beta_{2j} + \dots + \beta_{Kj}, \quad j = 1, 2, \text{ com } k = 1, \dots, K.$$

Onde:

- θ_j é a probabilidade de a instituição pertencer à categoria j em função das variáveis explicativas;
- β_{kj} é o efeito da k -ésima variável explicativa referente à categoria j ; e
- K é o número de variáveis explicativas.

As variáveis explicativas que inicialmente foram utilizadas no modelo são:

- região (categorias: norte/nordeste, sudeste, sul e centro-oeste);
- regime de funcionamento (categorias: aberto/semiaberto e fechado);
- se possui alguma parceria ou convênio (categorias: sim e não);
- se os residentes que precisam de cuidados médicos são atendidos em rede SUS/posto de saúde/hospital público (categorias: sim e não);
- se os residentes que precisam de cuidados médicos são atendidos em serviços particulares (inclui plano de saúde) (categorias: sim e não);
- se os residentes que precisam de cuidados médicos são atendidos em serviços próprios da instituição (categorias: sim e não);
- se tem serviço médico (categorias: sim e não);
- se tem serviço dentário (categorias: sim e não);
- se tem serviço psicológico (categorias: sim e não);

- se tem serviço de fisioterapia (categorias: sim e não);
- se tem serviço de terapia ocupacional (categorias: sim e não);
- se tem serviço de fonoaudiologia (categorias: sim e não);
- se tem serviço de atividade educacional (categorias: sim e não);
- valor das fontes de financiamento (categorias: até R\$ 15 mil e mais de R\$ 15 mil);
- gasto mensal (categorias: até R\$ 10 mil; de R\$ 10 mil a R\$ 20 mil; e mais de R\$ 20 mil);
- número de idosos (categorias: até 20 idosos e mais de 20 idosos);
- número de não idosos (categorias: até 5; de 5 a 10; e mais de 10);
- número de idosos com mais de 80 anos (categorias: até 5; de 5 a 10; e mais de 10);
- proporção de mulheres (categorias: menos de 50%; 50%; e mais de 50%);
- proporção de idosos com alguma dependência (categorias: até 70% e mais de 70%); e
- quantidade de leitos (categorias: até 20; de 20 a 50; e mais de 50).

Inicialmente foram ajustados 21 modelos individuais, cada um considerando a variável resposta e uma das 21 variáveis explicativas, e todas as variáveis foram significativas (valor $p < 0,05$). Assim, foi ajustado o modelo com todas as variáveis explicativas, e o critério para a permanência das variáveis foi ter valor $p < 0,05$. O modelo final ficou com dezesseis variáveis mantidas suas categorias, são elas:

- região;
- regime de funcionamento;
- se possui alguma parceria ou convênio;
- se os residentes que precisam de cuidados médicos são atendidos em rede SUS/posto de saúde/hospital público;
- se os residentes que precisam de cuidados médicos são atendidos em serviços particulares (inclui plano de saúde);
- se tem serviço médico;
- se tem serviço dentário;
- se tem serviço psicológico;
- se tem serviço de terapia ocupacional;

- se tem serviço de fonoaudiologia;
- se tem serviço de atividade educacional;
- valor das fontes de financiamento;
- número de idosos;
- proporção de mulheres;
- proporção de idosos com alguma dependência; e
- quantidade de leitos

A análise dos dados foi feita utilizando o *software* SPSS versão 15.

Os resultados do modelo foram apresentados como probabilidades para as categorias da variável resposta estudada levando em consideração as características das Ilpis, ou seja, para todas as combinações possíveis dessas características, podendo, assim, construir um perfil dessas Ilpis segundo sua natureza.