

# **Entre a boa vontade e a lei: a oferta de cuidados formais de longa duração a idosos em duas instituições do interior do nordeste brasileiro.**

Avanço de investigação em curso.

Grupo de Trabalho Nº 08 – Desigualdade, Vulnerabilidade e exclusão social.

Autor: Darci de Farias Cintra Filho.

## **Resumo:**

Analisa a oferta de cuidados formais de longa duração à população idosa por instituições de longa permanência localizadas no interior do nordeste brasileiro. Relaciona as inadequações existentes nos serviços prestados pelas instituições com a baixa cobertura de serviços ofertada pelo poder público e aponta a constante mediação entre direção das instituições e órgãos de fiscalização, vez que permanece existindo um descompasso entre os avanços legislativos realizados na área e os serviços tradicionalmente prestados pelas instituições. Propõe uma estimativa da demanda potencial pelos serviços de instituições de longa permanência para idosos ou instituições semelhantes e observa a ausência de planejamento estatal para o atendimento efetivo das necessidades desse público.

**Palavras-chave:** Transição demográfica. Velhice dependente. Cuidados formais de longa duração.

## **Introdução**

Objetiva analisar a demanda e oferta de cuidados formais de longa duração para idosos dependentes nos municípios de Caruaru e Arapiraca, localizados no nordeste brasileiro. Tomaram-se como unidades observacionais as instituições “Casa dos Pobres” e “Casa dos velhinhos”, buscando analisar os serviços prestados por essas duas instituições aos seus residentes.

Valemo-nos da realização de entrevistas com dirigentes das instituições, conversas informais com os representantes dos ministérios públicos estaduais, dos relatórios produzidos pelos órgãos de fiscalização ao longo do ano de 2012<sup>1</sup> e da observação direta realizada por meio de visitas as instituições ao longo dos meses de julho, agosto, setembro e outubro do ano de 2012.

O presente trabalho intenta apresentar resumidamente aspectos relevantes da pesquisa e para tal está organizado em quatro seções, sendo a primeira a presente introdução. Na segunda seção é apresentado o aumento da demanda por cuidados formais de longa duração para idosos no Brasil e especialmente nas cidades em que se localizam as unidades observacionais, estimando-se a demanda potencial desses serviços. Na terceira seção discute-se como a ausência de políticas públicas específicas dificulta a adequação dos modelos tradicionais de cuidados ofertados pelas instituições pesquisadas e as mantém em desconformidade com as alterações legislativas que se produziram sobre os seus serviços nas últimas décadas, instaurando uma contínua tensão na gestão das mesmas e uma necessidade de permanente mediação com os órgãos de fiscalização. Na quarta seção apresenta-se um resumo das principais inadequações constatadas nas instituições pesquisadas. Na quinta e última seção são apresentadas algumas considerações finais.

O aumento da demanda por cuidados de longa duração para idosos dependentes

O processo de envelhecimento populacional produz impactos em todas as áreas da sociedade, relacionando-se com uma profunda alteração da razão de dependência da população idosa, exigindo da sociedade tipos específicos de cuidados pessoais, domésticos e de longa duração (Batista, Jaccoud, Aquino, El-moor, 2009A)<sup>ii</sup>. Batista indicara que nesse contexto a preocupação com a manutenção da qualidade de vida dos idosos ganha relevo, projetando-se o tema dos cuidados específicos que devem ser dirigidos a essa população na agenda pública (2009B). O aumento da longevidade entre os próprios idosos, produz também a necessidade de atenção em decorrência de processos incapacitantes<sup>iii</sup> relacionados a existência de doenças crônicas.

As profundas mudanças ocorridas na estrutura familiar nas últimas décadas modificaram as modalidades tradicionais de apoio e atenção às pessoas idosas dependentes (Naciones Unidas, 2007; Camarano, 2010)<sup>iv</sup>. Tais mudanças, aliadas ao processo de transição demográfica em curso ressaltaram a importância de serviços públicos relacionados aos cuidados de longa duração que a população de velhos passa a necessitar<sup>v</sup>.

No conjunto de práticas tradicionais, merecem destaque os serviços prestados pelas instituições de longa permanência para idosos, sobre as quais recaiu a atenção de nossa pesquisa. Pode-se mesmo afirmar a existência de uma demanda crescente pelos serviços prestados por tais instituições<sup>vi</sup>. Contudo, a demanda por tais serviços não implicou ainda avanço significativo na estruturação e concessão dos mesmos, afirmando-se que “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” (Camarano, 2010, p. 13). Pode-se concordar que os grandes centros urbanos brasileiros já apresentam um perfil demográfico bastante parecido ao dos países desenvolvidos, embora sem dispor de uma infraestrutura que dê conta das demandas oriundas da transição demográfica em curso<sup>vii</sup> (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2009).

O debate sobre os cuidados de longa duração de caráter formal no Brasil foi objeto de atenção na formulação da Política Nacional do Idoso e do Estatuto do Idoso, mas manteve-se dentro da perspectiva já prevista na constituição brasileira de privilegiar o cuidado familiar<sup>viii</sup>. E mesmo considerado subsidiário ao cuidado familiar, o cuidado formal à população idosa tem recebido a vigilância do poder público mais no que se refere a sua regulamentação que no tocante à sua promoção. Neste cenário o cuidado familiar é realizado sem o apoio devido e o cuidado institucionalizado surge muito mais como resposta de alguns setores da sociedade à ausência de políticas públicas especificamente destinadas a esse conjunto da população, reforçando a precariedade dos serviços e o preconceito decorrente quanto à decisão de institucionalização.

### **A ampliação da demanda por cuidados formais de longa duração para idosos no interior do nordeste brasileiro.**

Seguindo a tendência da transição demográfica vivida pelo país, o nordeste brasileiro tem observado nas últimas décadas os efeitos da redução da taxa de fecundidade<sup>ix</sup> e do aumento da longevidade de sua população, com implicações diversas para a formulação de políticas públicas destinadas a atender as demandas surgidas no curso desse processo.

É possível, assim, supor que a demanda por cuidados de longa duração na região observa a tendência nacional de crescimento, haja vista a ampliação do número de idosos necessitados de cuidados e a diminuição, apontada pela literatura, da disponibilidade de cuidadores familiares<sup>x</sup>.

Contudo, essa demanda não implicou ainda a organização efetiva de serviços públicos ou privados destinados a prover tais cuidados, não sendo possível afirmar se a baixa proporção de idosos atendidos por instituições de longa permanência para idosos é decorrência da pouca oferta desse tipo de cuidado formal, da má qualidade dos serviços prestados nas ILPIs ou se decorre do preconceito existente entre idosos e suas famílias, os quais prefeririam não recorrer a tais serviços e assim não estimulariam a oferta dos serviços (Christophe, 2009).

Os municípios nos quais se localizam as ILPIs que figuraram como unidades observacionais do presente estudo, situam-se no interior dos Estados de Alagoas e Pernambuco, possuindo importância econômica e política similar no âmbito de suas unidades federativas. Ambos os municípios se configuram como polos regionais de oferta de serviços nas mais diversas áreas, o que também ocorre na área da saúde e dos cuidados de longa duração aos idosos.

Inexistindo dados específicos quanto ao número de idosos que necessitariam de cuidados formais de longa duração em ambos os municípios, tentamos estimar a demanda potencial por esses cuidados a partir de dados que possibilitassem uma inferência com base na incapacidade funcional do idoso e de sua renda, critérios reconhecidos pela literatura especializada como predisponentes à necessidade de tais cuidados. Para tanto optamos por conjugar a dificuldade motora a percepção de renda igual ou inferior à um salário mínimo<sup>xixii</sup>. Visando construir um cenário mais próximo do número de idosos que potencialmente demandariam cuidados formais de longa duração, adotamos o critério indicado pelo IBGE para tal análise com um nível de desagregação por mesorregiões, microrregiões e municípios (2009). Sugeriu-se naquele estudo a utilização da existência de algum grau de deficiência motora<sup>xixiii</sup> como aproximação do público potencial que demandaria cuidados formais entre a população idosa<sup>xixiv</sup>.

Na construção de nossa estimativa, optamos por um agrupamento distinto daquele que fora realizado pelo estudo que nos serviu de referência (IBGE, 2009), reunindo apenas as duas primeiras respostas na mensuração da população idosa potencialmente demandante de cuidados formais<sup>xixv</sup>.

Quando selecionada a população idosa de ambos os municípios indicados, com base na incapacidade ou grande dificuldade de caminhar ou subir escadas, observa-se que em Arapiraca existiam em 2010 o total de 3196 idosos incapacitados ou com grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas, correspondendo à 16,25% da população idosa do município. Em Caruaru esse número alcançava a marca de 14,35% da população idosa do município. Assim, aproximadamente a sexta parte da população idosa de ambos os municípios demandariam cuidados formais para realização de suas atividades da vida cotidiana. Esse percentual fica bem abaixo do verificado quando estimado com base no número de idosos que possuem ao menos uma das deficiências investigadas pelo IBGE, porém ainda indica uma faixa expressiva da população idosa. Tal representação não é peculiar desses municípios, observando-se de forma aproximada no âmbito estadual, regional e nacional percentuais superiores aos 10% da população idosa residente<sup>xixvi</sup>.

Em que pese a crescente demanda por cuidados formais de longa duração para a população idosa de ambos os municípios, inseridos que estão no processo de transição demográfica que atravessa a população brasileira, ainda são escassas as políticas destinadas à velhice dependente<sup>xixvii</sup>.

Entre a boa vontade e a lei: as instituições de longa permanência para idosos objeto da pesquisa.

As instituições de longa permanência para idosos que serviram de referência a nossa análise são privadas filantrópicas não religiosas. A primeira, fundada em março de 1948 e denominada de “Casa dos pobres São Francisco de Assis” revela em sua nomenclatura o objetivo inicial que levou a sua criação, a oferta de cuidados aos pobres do município de Caruaru e região. Tal denominação na verdade, é apenas o nome fantasia da mesma e é menos explícito quanto aos seus objetivos que a sua razão social, qual seja “Sociedade de assistência aos mendigos de Caruaru”. Segundo o estatuto dessa instituição a mesma possuía como finalidade precípua “dar assistência ao problema da mendicância e dirigir a casa dos pobres onde serão abrigados e assistidos, gratuitamente e com humanidade crística, os pobres e mendicantes de Caruaru”. Assim o público alvo dessa instituição era inicialmente toda a população em situação de rua. Sua origem remontaria a um conjunto de ações empreendidas por maçons caruaruenses em favor dos moradores de rua na cidade a partir de 1946. Apenas com o aumento inesperado do número de idosos ao longo dos anos, a instituição foi se concentrando na atenção à população idosa.

A segunda instituição, cujo nome fantasia é “Casa dos velinhos”<sup>xxix</sup> e tem por razão social “Associação de assistência São Vicente de Paulo”, está em funcionamento no município de Arapiraca desde o ano de 1968, e fora constituída a partir da preocupação de seus fundadores e alguns setores da sociedade com a situação de idosos pobres desse município e cidades circunvizinhas.

Ambas as instituições representavam no momento de suas criações os esforços de grupos oriundos dos estratos médio e alto de suas sociedades para oferecer auxílio a grupos de pessoas incapazes de proverem sua própria subsistência. A inserção das atividades desenvolvidas pelas instituições no marco da caridade cristã pode ser observada na expressão “humanidade crística” já apontada e extraída do estatuto de uma das instituições.

O fato de ambas as instituições tradicionalmente terem se constituído como instituições por meio das quais se pretendeu promover ações de caridade implicou para essas instituições a adoção de um modelo peculiar de avaliação dos serviços ofertados, onde o parâmetro de análise de sua qualidade esteve sempre mais relacionado ao grau de esforço e dedicação empreendido pelos seus dirigentes e associados que às características mesmo desses serviços. Consolidou-se pois nas instituições uma lógica em que a boa vontade na oferta dos serviços seria mais relevante que a adequação técnica dos mesmos.

Nesse quadro a escassez de recursos com que lidam ambas as instituições e, assim, a existência de desconformidades entre os serviços prestados e as previsões normativamente postas acerca das instituições de longa permanência para idosos tendem a ser minoradas pelos gestores. As atividades empreendidas passam a ser encaradas mais como fruto da caridade que de uma obrigação legal.

Por outro lado, a consolidação de um marco normativo acerca das políticas de atendimento aos idosos no Brasil e mais especificamente das instituições de longa permanência para idosos ocorrida nas últimas décadas sem o acompanhamento de políticas de conformação das instituições existentes, parece desconsiderar a realidade concreta da maioria das instituições de longa permanência para idosos no Brasil, dentre as quais as duas instituições pesquisadas. E sem a implementação de políticas públicas de apoio a essas instituições a adequação de seus serviços ao marco legal hoje existente resta uma quimera.

Assim, as reformas normativas que tiveram curso a partir da Constituição brasileira de 1988 não romperam com as modalidades tradicionalmente precárias de atendimento aos idosos dependentes no país, mas antes instauraram uma dualidade de modelos que convivem em contínuos encontros e desencontros. Há um modelo de atendimento inscrito na ordem jurídico legal do Estado e um modelo de atendimento que se constituiu a partir da ação voluntariosa de alguns atores sociais e que em vários aspectos se distancia do modelo normativamente posto.

Uma vez que inexitem nas cidades em que se situam as instituições pesquisadas políticas sistemáticas para oferta de cuidados formais de longa duração para idosos dependentes, os cuidados prestados pelas referidas instituições são considerados imprescindíveis mesmo que se realizem a margem de vários dispositivos legais. Isso instaura uma arena de contínua tensão e mediação entre os órgãos de fiscalização e as instituições que ofertam esses serviços. Pois se por um lado as inadequações existentes nas instituições representam um risco constante de responsabilização dos seus gestores, por outro lado os órgãos de fiscalização se esforçam para que as adequações necessárias não acarretem o encerramento das atividades das instituições. Pois ante a escassez desse tipo de atendimento o fechamento de uma instituição representaria um prejuízo ainda maior para os idosos residentes, os quais dificilmente encontrariam a acolhida e a oferta daqueles serviços em outro lugar. Tal dualidade de modelos só perdura com o consenso tácito que se estabelece entre instituições, poder público e órgãos de fiscalização, atribuindo a essas instituições fazer no atendimento aos idosos dependentes o que está ao seu alcance, desde que assegurado o que se convencionou como um patamar digno. Assim, pôde-se observar que se assegurando um grau mínimo de higiene, a alimentação, o atendimento médico e a inexistência de maus tratos, por exemplo, outras desconformidades poderiam ser relevadas ou

passar despercebidas nos processos de fiscalização quando reconhecida a impossibilidade econômica da instituição.

As duas instituições observadas passaram ao longo de 2012 por uma fiscalização mais acurada empreendida pelos ministérios públicos estaduais de Alagoas e Pernambuco. Essas fiscalizações pareceram fugir ao padrão de fiscalização anualmente realizado pela vigilância sanitária junto as instituições, vez que identificaram mais claramente desconformidades com a regulamentação dada atualmente a esses serviços, bem como aparentaram surpreender os diretores das instituições acerca dos seus resultados.

É de se notar que embora as ILPIs que constituem objeto de nossa atenção tenham iniciado suas atividades nas décadas de 1940 e 1960, o que implica reconhecer que elementos como o projeto arquitetônico e estrutural das instituições foram pensados num momento no qual a preocupação com a acessibilidade e com a integração dos residentes com a comunidade mais ampla não havia se consolidado, os marcos normativos utilizados nas fiscalizações realizadas no ano de 2012 também não podem ser considerados como novidade. Tal regulamentação desenvolveu-se ao longo da década de 1990 e culminou na primeira década deste século na aprovação do estatuto do idoso e na edição da RDC 283 Anvisa.

Assim, é de se inferir que se constatadas irregularidades nas rotinas e procedimentos adotados pelas ILPIs, sem que tais rotinas tenham sofrido mudanças nos últimos anos, as mesmas estavam há pelo menos 7 anos coexistindo com tais irregularidades<sup>xx</sup>. Tal inferência é ainda mais razoável quando as inadequações das ILPIs dizem respeito a aspectos estruturais, como aqueles relacionados a estrutura física das instituições. Mais do que isso, a ausência de ações do poder público, destinadas à adequação das ILPIs à nova regulamentação que as mesmas passaram a ter no Brasil resta clara quando constatada a impossibilidade de adequação imediata das mesmas. Gera-se com isso uma situação na qual de um lado as instituições e seus diretores veem-se temerosos quanto a sua responsabilização pelas inadequações existentes e de outro lado os órgãos fiscalizadores encontram-se entre o dever de exigir a adequação das ILPIs e o receio de que a interdição de uma instituição produza um dano ainda maior, decorrente da inexistência de uma modalidade supletiva para oferta de cuidados aos idosos residentes<sup>xxixxxii</sup>.

Um dos membros da diretoria de uma das instituições pesquisadas relatou da seguinte forma o processo de fiscalização pelo qual passaram:

“No sentido assim, que no início, você sabe que todo início é difícil, e assim, muita pressão, muita coisa né, e de repente eu digo poxa vida, agente né, fica aí, dá uma vida e parece que o pessoal só enxerga o que não faz. Entendeu?, a situação muito foi por aí, parece que só enxerga o que não faz, o que precisa adaptar. Mas depois isso vai sendo mais passivo, agente vai, vai assumindo, sabe que realmente tem uma série de coisas a fazer, uma série de adaptações, e o desafio tá exatamente nessa lentidão pra se fazer. Por conta assim, de, de, do financeiro. A coisa vai acontecer, a coisa acontece, agora ela acontece muito lentamente. Mesmo uma reforma, a gente sabe que essa casa inteira precisa de reforma, mas isso aí é muito lento, não se sabe quando é que vai acontecer porque, exatamente por conta né do financeiro”<sup>xxiii</sup>.

Esse mesmo entrevistado esclareceu que nos últimos anos a ILPI que dirige fora objeto de outras fiscalizações, principalmente por parte da vigilância sanitária. Contudo tais fiscalizações teriam ocorrido de forma mais tranquila, sugerindo-se o convívio entre um modelo normativo de cuidado com um modelo real distinto, sobre o qual a fiscalização não teria se realizado com o mesmo rigor. Senão vejamos:

“Sempre tem, a vigilância sanitária, ela nunca deixou de vim. Ela normalmente, duas vezes por ano ela vem e, assim, só que esse ano foi assim, como é que eu digo, mais rigoroso. Talvez até

por conta do Ministério Público. Eles sempre vieram, sempre viram alguma coisa que não estava, agora isso assim, era tudo assim muito tranquilo, entendeu? Agora esse ano não, a turma que veio, foi com rigor mesmo e assim condenando tudo e, entendeu?”

Pode-se observar, portanto, que os processos de fiscalização que ocorreram nos anos anteriores e sem a participação do Ministério Público teriam sido mais condescendentes no que se refere à adequação dessa ILPI à regulamentação que se deu ao serviço no Brasil. Por outro lado indica uma ausência do Ministério Público em todas as fiscalizações anteriores<sup>xxiv</sup>.

Também indicando que o processo de fiscalização ocorrido com a participação do Ministério Público, as exigências que lhe decorreram, fora recebido como algo inesperado, um dos diretores de uma das instituições afirmou que:

“É o seguinte, pra gente assim, que num tem um costume, como o meu caso que sou uma pessoa, que nem você já tem conhecimento, sou uma pessoa leiga, da roça né, na hora a gente tomou assim um impacto, mas não procuramos a dissonância. Se é uma coisa para que funcione com melhores condições para o, os nossos, pessoas que estão aqui, os idosos, a gente sente o impacto mais depois acha que é bem vinda as ideias. Agora, só que haja essa boa, essa ideia do bom senso pra um dia a gente chegar a realização”<sup>xxv</sup>.

É possível notar, através da indicação de inexistência de um costume quanto ao que envolvia o processo de fiscalização pelo qual passava a ILPI, bem como na observação de que se tomou um impacto com a mesma, que as instituições dessa natureza não tem recebido um acompanhamento adequado do poder público ao longo dos anos. Ainda sobre o processo de fiscalização realizado nas ILPIs e o reconhecimento quanto a necessidade de mudanças, um dos entrevistados afirmou que:

“É uma necessidade realmente, até por exemplo, a questão, vamos citar uma questão simples, a questão dos dormitórios por exemplo. Ela tem que se adaptar e inclusive assim, quando existir essa adaptação, quando isso for uma realidade vai facilitar, entendeu? [Vai facilitar] a adaptação deles, porque dá pra você botar num local pessoas que se dão, pessoas que, entendeu?, aqueles que já tem suas coisas, pra organizar. Vai facilitar bastante né. Agora que isso, a dificuldade tá exatamente no, no financeiro que tem que ser [palavra inaudível]. [...] A gente sabe que tudo precisa, mas tem que ver também é, toda a situação. Uma casa dessa construída a quarenta anos e também a questão de o município não tá dando a parcela que deveria dar né. Num tá dando o apoio que deveria dar”.

Outro diretor de uma das instituições ressaltou a falta de conhecimento das rotinas de fiscalização por parte dos próprios agentes públicos, os quais segundo o entrevistados tiveram dificuldades em lidar com as exigências formuladas pelo ministério público estadual. Esse entrevistado afirmou que:

“Mas o pessoal da anvisa que vieram também, eles trouxeram uns questionários, umas dez folhas, e pegaram esse questionário e foram lendo. Nem eles mesmos sabiam daquele questionário como é que funcionava. Eles foram lendo e foram dizendo “é assim, assim e assim, é assim, assim e assim”, pronto. Nem eles tinham conhecimento. Fizeram um monte de exigências, nós cumprimos algumas, as que deu pra gente cumprir. Isso aqui foi tudo relatório que eles pediram pra gente fazer. Foi bom porque fizemos algumas mudanças e, olhe pra você vê, até hoje não vieram buscar esse relatório. Eles chegaram com esse questionário, aí entregaram, pronto olhe “tem que ser feito assim, tem quer feito assado” e botaram a gente pra responder o questionário pra ver como é que tá, pra vim apanhar e até agora não vieram”.

Por outro lado esse mesmo entrevistado indicara a inexistência de recursos como óbice à completa adequação da instituição à legislação, afirmando que:

“Eu sei que a gente teria que ser melhor, mas em virtude da parte financeira a gente não tem como melhorar. Porque pra melhorar você tem que aumentar o quadro de funcionários e o custo é muito alto, aí não dá pra dar mais”.

Nesses termos, o reconhecimento da necessidade de adaptações é obstado pela inexistência dos recursos necessários, imputando-se ao poder público a omissão na promoção e viabilização da adequação das ILPIs. Esse binômio, necessidade de mudanças/inexistência dos recursos foi observado na fala de todos os diretores entrevistados e mesmo nos diálogos mantidos com os representantes do ministério público.

Reforça-se então, que a mudança no modelo dos cuidados de longa duração para idosos no país ocorreu sobretudo normativamente, mas a maioria das instituições nas quais se realiza o atendimento institucional ao idoso permanece desprovida das condições materiais para obter a consecução dos objetivos que lhe são imputados. Já tivemos a oportunidade de observar que o próprio surgimento de muitas ILPIs decorre do reconhecimento de que tais serviços não seriam prestados pelo poder público. Todavia, mesmo diante das inadequações que os dirigentes das ILPIs observam ou das inconformidades que lhes foram apresentadas ao longo dos processos de fiscalização a que estiveram submetidas as instituições, os serviços prestados são considerados de boa qualidade pelos dirigentes. Mas a qualidade desses serviços também se vincula, na fala dos dirigentes ao atendimento das necessidades mais básicas de seus residentes, com o que as instituições pareceriam cumprir sua função.

Percebe-se que, ante a limitação dos recursos que as instituições dispõem, o parâmetro de avaliação dos dirigentes quanto a qualidade do trabalho prestado não são as previsões constantes na regulamentação formal dos seus serviços, mas o esforço empreendido e o atendimento das necessidades básicas dos residentes.

### **Entre inadequações e desconformidades**

O processo de fiscalização realizado sobre as instituições observadas pôde constatar que embora as mesmas assegurem um mínimo de condições aos seus residentes, estas permanecem distante da observância completa da regulamentação dada ao setor nos últimos anos. As irregularidades observadas vão desde aspectos físicos estruturais a rotinas e procedimentos das instituições. Com o objetivo de não expor indevidamente aspectos relativos a intimidade e privacidade dos residentes das instituições analisadas, preferimos também não indicar o nome das instituições na análise realizada nesta seção. Contudo, pretendendo assegurar ao leitor a compreensão mais clara das características referentes a uma e outra, selecionamo-las como instituição 1 e instituição 2.

Para apresentação das irregularidades existentes nas instituições, nós estabelecemos uma divisão entres aspectos relacionados à estrutura física, aspectos relacionados à documentação das instituições, ao quadro de funcionário e às rotinas estabelecidas em suas dependências.

Na instituição 1 se constatou um número maior de irregularidades, iniciando-se pelos documentos necessários ao seu funcionamento<sup>xxvi</sup>. O quadro de funcionários não atendia mínimo de cuidadores conforme o grau de dependência dos idosos. Inexistiam alguns profissionais especializados<sup>xxvii</sup>. Na ausência de profissionais especializados ocorria a substituição de suas atividades pela atuação da direção administrativa da instituição que se ocupava do controle e administração dos medicamentos, bem como do cardápio dos residentes. Nessa instituição apenas 20% dos funcionários havia participado de algum treinamento formal e não existiam atividades de educação permanente. Chamava a atenção nessa instituição que 80% dos funcionários eram enquadrados como

auxiliar de serviços gerais, não havendo a definição de ocupações específicas. Tais ocupações eram partilhadas indistintamente por vários funcionários, incluindo atividades que iam desde cuidar do idoso à lavagem de roupas, limpeza da instituição ou mesmo atividades culinárias.

Quanto a estrutura física dessa instituição a mesma remonta à década de 1970 e segundo o relatório psicossocial elaborado por profissional designado pelo Ministério Público estadual não se adequa às necessidades de uma instituição para idosos nos moldes recomendados<sup>xxviii</sup>. Embora as condições gerais de higiene tenham sido consideradas satisfatórias, verificou-se desconformidades nos itens de segurança<sup>xxix</sup>. Ainda foi verificada a existência de portas quebradas ou com vão livre inferior ao recomendado, bem como inadequações no armazenamento dos remédios da farmácia<sup>xxx</sup>. Por fim, no tocante a estrutura física da instituição notou-se a inadequação do número de leitos por dormitórios<sup>xxxi</sup>.

Quando observadas as práticas e rotinas da instituição 1, identificou-se que os residentes passam boa parte do tempo sedentários e sem estímulos cognitivos, comprometendo a saúde física e mental dos mesmos. As atividades de lazer e de promoção da integração com a comunidade local se realizavam de maneira esparsa e sem rotina<sup>xxxii</sup>. Observou-se que o tratamento dispensado pela instituição aos seus residentes toma por base as características comuns ou predominantes entre os mesmos, não havendo a individualização de muitos dos procedimentos. Pode-se destacar que o cardápio elaborado para os mesmos, sem o acompanhamento de profissional nutricionista, não se adequa às necessidades de cada um, mas se amolda as restrições de saúde existentes no grupo. Da mesma forma a instituição veda a todos os residentes, independentemente de seu grau de dependência ou estado cognitivo, a saída da instituição sem acompanhamento. Essa instituição permanece, pois, fechada com um cadeado ao portão todo o dia.

Na instituição 2 também foram observadas inadequações nos quatro aspectos abordados em relação a instituição 1. Contudo, como observaremos, a instituição 2 apresentava menor número de irregularidades que aquelas constatadas na instituição 1.

Quanto aos aspectos relativos a documentação, percebeu-se que a instituição 2 não possuía alvará sanitário, não possuía rotinas e procedimentos escritos ou registro de capacitação de pessoal. Também se notou a ausência de plano de trabalho da instituição<sup>xxxiii</sup>. Contudo, diferentemente da instituição 1, a instituição 2 celebrava contrato escrito com todos os idosos residentes<sup>xxxiv</sup>.

No tocante ao quadro de funcionários, a instituição 2 apresentava um quadro mais completo e com maior número total de profissionais do que a instituição 1<sup>xxxv</sup>.

A estrutura física da instituição 2 também foi considerada como merecedora de uma série de reparos<sup>xxxvi</sup>. Observou-se a existência de infiltração nas paredes dos banheiros das alas feminina e masculina, bem como na lavanderia. No refeitório, cuja capacidade é de 90 pessoas, não havia lavatório para higienização das mãos dos usuários. Nessa instituição o número de leitos por quarto também era inadequado. Existiam nessa instituição quartos de tipo enfermaria, cada um com 18 leitos e mesmo os quartos com número adequado de leitos não se encontravam em conformidade com as especificações técnicas.

Quanto às práticas e rotinas da instituição 2, embora presentes tendências a padronização dos residentes nos serviços prestados pela instituição, essas tendências se expressavam de maneira menos estruturada que na instituição 1, ou pelo menos com maior espaço para conservação das escolhas individuais dos residentes. Diferentemente da instituição 1, a instituição 2 mantém suas portas abertas ao longo de todo o dia e limita a saída dos residentes conforme o grau de dependência dos mesmos.<sup>xxxvii</sup> Mesmo o horário de visitas é maior que o da instituição 1, ocorrendo em todos os dias pelo período de quatro horas e meia. O pátio da instituição é utilizado ao longo do dia como estacionamento, gerando constante fluxo de pessoas na instituição. Todavia, ainda que em melhores condições que a instituição 1 e mesmo organizando mais atividades que aquelas para o lazer e ocupação dos idosos, verificou-se que muitos idosos passam o dia sem qualquer atividade e ou estímulos físicos e cognitivos. A existência de uma padronização no trato com os idosos foi observada na manutenção do material de higiene pessoal dos mesmos, os quais não eram individualizados. Sequer as escovas de dentes<sup>xxxviii</sup>



eram individuais<sup>xxxix</sup>. Um dos relatórios de fiscalização elaborados acerca da instituição 2 observou que cuidadores homens davam banhos em residentes mulheres, causando constrangimento as mesmas e expondo sua intimidade<sup>xl</sup>.

Observa-se prontamente que ambas as instituições convivem com inúmeras irregularidades e que o avanço legislativo alcançado não se fez sentir plenamente pelos seus residentes.

### Considerações finais

O processo de transição demográfica que atinge a população brasileira faz-se sentir nos municípios onde se localizam as unidades observacionais da pesquisa, constatando-se um profundo aumento da demanda por cuidados formais de longa duração para idosos dependentes. Contudo essa ampliação da demanda repercutiu mais significativamente em reformas legislativas que ampliaram o reconhecimento de direitos a população idosa que na estruturação de políticas específicas ao atendimento da velhice dependente.

Na ausência de ações do poder público para tal população, práticas tradicionais de assistência que se constituíram e consolidaram no marco da caridade cristã continuam sendo prevaletentes no atendimento aos idosos dependentes. Tal assistência ainda se realiza de forma precária e sem a observância devida dos aspectos técnicos e legais, o que acontece principalmente pela falta de recursos das instituições pesquisadas. Esse descompasso entre o modelo legal e o modelo tradicionalmente constituído é objeto de contínua mediação por parte dos órgãos de fiscalização dessas instituições, os quais exigem a conformação das mesmas nos limites de suas possibilidades, relevando algumas exigências técnicas quando os aspectos básicos dos cuidados aos idosos são respeitados. Esse quadro contribui para que os a relação existente entre os idosos assistidos e a instituição se inscreva mais no âmbito privado que público e que tal assistência seja percebida como fruto da boa vontade do quadro dirigente da instituição e não como reconhecimento de um direito.

### Referências

Batista, A.S., Jaccoud, L., Aquino, L., El-moor, P.D. (2009A) Os idosos em situação de dependência e a proteção social no Brasil. Brasília. IPEA. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td\\_1402.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1402.pdf) Acesso em 05/09/2012.

Batista, A.S., Jaccoud, L., Aquino, L., El-moor, P.D. (2009B) Proteção das pessoas idosas dependentes: análise comparativa da experiência internacional. Brasília. IPEA. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td\\_1403.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1403.pdf) Acesso em 05/09/2012.

Camarano, Ana Amélia [Org.] (2010). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6586%3Acuidados-de-longa-duracao-para-a-populacao-idosa-um-novo-risco-social-a-ser-assumido&catid=166%3Adimac&directory=1&Itemid=1](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=6586%3Acuidados-de-longa-duracao-para-a-populacao-idosa-um-novo-risco-social-a-ser-assumido&catid=166%3Adimac&directory=1&Itemid=1)> Acesso em: 05/08/2012.

Christophe, Micheline. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração? (2009) Dissertação [Curso de Mestrado] – Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais.

Debert, Guita Grin. (2004) A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. (1 ed. 1 reimpr.) São Paulo: EDUSP.

Fonseca, Rochele Paz; Trentini, Clarissa Marceli; Valli, Felícia e Silva, Rosane Azevedo Neves da. (2008) Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.13, n.4, pp. 1275-1284. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400024>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (20??). Guia do censo 2010 para jornalistas. [S. l.] IBGE. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/Guia\\_do\\_censo2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/Guia_do_censo2010.pdf) Acesso em 05 de outubro de 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2004). Tendências demográficas: uma análise dos resultados da amostra do censo demográfico 2000. In *Estudos e pesquisas – informação demográfica e sócio-econômica*, nº. 13. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tendencias\\_demograficas/tendencias.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tendencias_demograficas/tendencias.pdf) Acesso em 05 de outubro de 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009. In *Estudos e pesquisas – informação demográfica e sócio-econômica*, nº. 25. Rio de Janeiro: IBG. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indicsaude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf) Acesso em 05 de outubro de 2012.

MOURA, Hélio Augusto; SANTOS, Tais de Freitas [coords.]. (1990) *Projeção da população do nordeste por microrregiões 1980/2005*. Fundaj; Massangana. Recife.

Naciones Unidas (2007). *Estudio económico y social mundial, 2007. El desarrollo en un mundo que envejece*. [S.l.] Naciones Unidas

## Notas

<sup>i</sup> Dentre os relatórios analisados estiveram presentes os documentos produzidos pelos Ministérios Públicos estaduais de Alagoas e Pernambuco, pelas agências de vigilância sanitária dos municípios onde se localizam as unidades observacionais e pela própria municipalidade.

<sup>ii</sup> Fonseca, Trentini, Valli e Silva destacaram como o aumento da longevidade dos idosos brasileiros tem provocado mudanças nas políticas públicas nacionais, mencionando exemplificativamente a política nacional de saúde do idoso e o estatuto do idoso (2008).

<sup>iii</sup> O suplemento Saúde da PNAD 2008, indicou que 79,10% da população com 65 ou mais anos possuía alguma doença crônica.

<sup>iv</sup> Dentre essas mudanças se incluem o aumento da idade no primeiro matrimônio, o aumento das taxas de divórcio, a redução da importância da família extensa para o núcleo familiar e a emancipação das mulheres.

<sup>v</sup> Neste sentido é que se pode afirmar que “esses processos estão resultando no aumento da população que demanda cuidados prolongados e numa redução da oferta de cuidadores familiares” (Camarano, 2010, p. 9).

<sup>vi</sup> Nesse sentido os dados do suplemento de saúde da pesquisa nacional por amostra de domicílio apresentaram o número de quase 3,2 milhões de idosos com pelo menos um pouco de dificuldade para realização de atividades básicas da vida diária como alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro. Considerando-se a existência de alguma dificuldade para realizar um dos seis tipos de mobilidade física selecionadas pela PNAD o número de idosos que necessitam de auxílio sobe para 14,95 milhões.

<sup>vii</sup> Debert destacara que a visibilidade da velhice dependente não alcançou no espaço público a amplitude que se reconheceu à velhice independente (2004), restringindo-se aquela ao âmbito familiar ou ao distanciamento do cuidado institucional.

<sup>viii</sup> A centralidade da família no cuidado ao idoso e a atribuição de papel subsidiário ao Estado são características do modelo de bem estar social conservador na classificação de Esping-Andersen (Camarano, 2010).

<sup>ix</sup> O Nordeste observou uma redução tardia da taxa de fecundidade em relação ao restante do país, mantendo-se altas taxas até a década de 80, a partir de quando se observa mais claramente a redução da taxa de fecundidade na região (IBGE, 2004). Em 1980 a microrregião do Recife era a única área nordestina em que já se verificava uma taxa de fecundidade total comparável à média nacional (Moura, Santos, 1990). Contudo, o retardo da redução da taxa de fecundidade na região não chegou a implicar uma descaracterização do processo de transição demográfica na região.

<sup>x</sup> A partir dos dados das PNADs de 1998 e de 2003 e considerando o crescimento do número de idosos com necessidade de auxílio para realização das atividades da vida diária ou de idosos com renda domiciliar per capita até  $\frac{1}{2}$  salário mínimo, Christophe (2009) estimou em 147 mil o número de idosos residentes no nordeste que necessitariam de cuidados imediatos no ano de 2007.

<sup>xi</sup> O valor do salário mínimo considerado quando da realização do censo foi de R\$510,00.

<sup>xii</sup> Na tabela 3425 do censo, são consideradas 4 faixas de renda: sem renda, que inclui os idosos que recebem valores apenas decorrentes de benefícios, renda até um salário mínimo, renda acima de 1 salário mínimos e abaixo de 5 salários mínimos e renda acima de cinco salários mínimos.

<sup>xiii</sup> A deficiência motora é definida pelo censo ibge como incapacidade ou dificuldade para caminhar ou subir escada, mesmo com o uso de prótese, bengala ou aparelho auxiliar eventualmente utilizado pela pessoa (IBGE, 200[?])

<sup>xiv</sup> Entre as respostas possíveis a indagação constante do questionário do censo IBGE a respeito da existência de deficiência motora por parte da população residente, vislumbravam-se quatro alternativas: incapaz de caminhar ou subir escada; grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escada; alguma dificuldade permanente de caminhar ou subir escada e inexistência de dificuldade permanente de caminhar ou subir escada.

<sup>xv</sup> Na construção de um indicador de incapacidade funcional do idoso o IBGE optou por reunir as três primeiras respostas que indicamos, caracterizando a existência de alguma dificuldade em caminhar ou subir escadas (IBGE, 2009). Porém, conforme indicado no texto consideramos mais adequado estimar essa incapacidade funcional a partir dos graus mais severos de deficiência motora investigada pelo IBGE.

<sup>xvi</sup> No âmbito nacional observou-se a menor proporção, 12,13%. No nordeste o grupo selecionado correspondeu a 14,04%. No estado de Pernambuco atingiu a marca de 15,07% e em Alagoas verificou-se a maior demanda entre as áreas pesquisadas, com 17,21%.

<sup>xvii</sup> O município de Caruaru possui um Centro de Convivência do Idoso que possui uma população idosa cadastrada para utilização de seus serviços em torno de 600 idosos (Dados fornecidos verbalmente pela gestora do centro de convivência do idoso do município de Caruaru). Contudo, os serviços prestados pelo CCI desse município dirigem-se predominantemente ao idosos independentes, vez que os idosos dependentes só podem tomar parte das atividades realizadas pelo CCI se comparecerem ao mesmo acompanhados de cuidador. Além de não dispor de profissionais para o atendimento direto dos idosos dependentes, a estrutura física do CCI impede, ou pelo menos dificulta, o acesso de idosos dependente, posto que parte de suas atividades são realizadas no primeiro andar do prédio onde se localiza e ao qual só é possível ter acesso mediante uso de uma escada. Além do centro de referência do idoso o município de Caruaru possui uma Policlínica do Idoso, que funciona nas dependências da Instituição de Longa Permanência onde se realizou a pesquisa, mas cujas atividades se concentram na prática curativa da saúde do idoso.

<sup>xviii</sup> As políticas públicas que alcançam essa população estão inseridas, em regra, no conjunto mais amplo de políticas sociais desenvolvidas pelos centros de referência de assistência social e centros de referência especializados de assistência social.

<sup>xix</sup> O diminutivo do nome fantasia já é revelador de uma dada economia afetiva em relação aos velhos, subjacente às representações mentais acerca da velhice.

<sup>xx</sup> Aqui tomamos como data inicial de referência o ano de aprovação da RDC 283 da ANVISA e como data final o ano de realização das fiscalizações que formaram parte desse estudo..

<sup>xxi</sup> É necessário pontuar que nessas observações consideramos principalmente a realidade das instituições privadas filantrópicas.

<sup>xxii</sup> Um dos promotores responsáveis pelas fiscalizações que se dirigiram as ILPIs estudadas chegou a afirmar que empreendia tal fiscalização com o objetivo de promover a adequação daquela instituição com o objetivo de evitar que no futuro outra fiscalização, coordenada por outro profissional, colocasse em risco a existência daquele estabelecimento, o que segundo ele traria um prejuízo elevado à população idosa daquele município (informação oral obtida em conversa informal com Promotor de Justiça responsável pela fiscalização).

<sup>xxiii</sup> Relato apresentado em entrevista semiestruturada realizada com um dos diretores das ILPIs pesquisadas.

<sup>xxiv</sup> Interessante observar que em nenhum momento ao longo da entrevista esse dirigente fez qualquer menção à alguma atividade de fiscalização por parte do conselho municipal ou estadual de direitos do idoso.

<sup>xxv</sup> Embora o entrevistado afirme ser uma pessoa leiga, o que faz em razão da não conclusão de cursos formais na rede de ensino, ele acompanha a instituição desde sua fundação, atuando há vários anos em sua diretoria.

<sup>xxvi</sup> No primeiro semestre de 2012 esta instituição não possuía alvará sanitário, regimento interno, plano de atenção à saúde, bem como não foi apresentada a inscrição junto ao conselho municipal de direitos do idoso. Essa instituição também não celebrava contrato por escrito com os idosos residentes ou seus responsáveis legais, limitando-se ao preenchimento de uma ficha quando do ingresso do idoso.

<sup>xxvii</sup> Dentre os quais enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, terapeuta ocupacional e profissional de nível superior para realização de atividades de lazer. Entre os profissionais que atuavam na instituição o médico prestava seus serviços de forma voluntária e o fisioterapeuta era um profissional cedido pela prefeitura, cuja carga horária atribuída era insuficiente para o atendimento de todos os residentes.

<sup>xxviii</sup> Informações obtidas a partir de relatório técnico cujo acesso foi permitido pelo Ministério Público de Alagoas.

<sup>xxix</sup> Destaca-se a inexistência de extintores de incêndio carregados e localizados adequadamente, como também a inexistência ou irregularidade de corrimão nos corredores, piso antiderrapante, rampas nas áreas utilizadas pelos idosos, considerados essenciais à prevenção de quedas e na manutenção da segurança e mobilidade dos idosos.

<sup>xxx</sup> A farmácia não possuía: suporte para armazenamento de coletor de perfuro-cortante; sabão líquido no dispensador; papel toalha disponível ou lixeiras com identificações. Ainda se constatou na farmácia que o armário estava mal higienizado, que os medicamentos eram armazenados sem ordenação, que existiam almotolias sem rótulo de identificação e que os psicotrópicos não eram armazenados em armários fechados e com chaves.

<sup>xxxi</sup> Embora existissem dormitórios com 1 e 2 leitos na instituição, os mesmo se encontravam fora dos padrões técnicos. Por outro lado, existiam dormitórios com 10, 14 e 15 leitos na instituição, quando o número máximo deveria ser de 4 leitos.

<sup>xxxii</sup> A realização de visitas a instituição pela comunidade por exemplo, ocorre apenas em dois dias da semana e pelo período de duas horas ou mediante agendamento prévio com a direção da instituição.

<sup>xxxiii</sup> Embora na fiscalização realizada a instituição não tenha apresentado o plano de trabalho, o mesmo foi apresentado posteriormente ao Ministério Público.

<sup>xxxiv</sup> Contudo é de se observar que ao alvedrio da lei, essa instituição cobra até 100% do benefício ou aposentadoria do idoso, quando o máximo permitido é de 70%. Essa informações foi obtida em entrevista com um dos diretores da instituição que justificou a medida pela dificuldade de manutenção da instituição. Também cabe pontuar que equivocadamente o relatório de inspeção realizado à pedido do ministério público estadual informava equivocadamente que a casa percebia o valor máximo de 30% dos benefícios ou aposentadorias dos idosos.

<sup>xxxv</sup> Naquela foi percebida a ausência de alguns profissionais especializados como terapeuta ocupacional e farmacêutico. Por outro lado, tal instituição contava com profissionais contratados que não estavam presentes na instituição 1, como nutricionista, enfermeiro, médico, assistente social e com alguns voluntários, entre os quais um profissional de fonoaudiologia. Entretanto, o número de cuidadores de idosos também não era compatível com o estabelecido na RDC 283 Anvisa

<sup>xxxvi</sup> Destaca-se a necessidade de mecanismos antiderrapantes para o piso, adequação dos corrimãos tecnicamente inadequados, sinalização das rampas e escadas, manutenção e posicionamento adequado dos extintores de incêndio, consertos nas vidraças das janelas, aposição de telas em todas as janelas, consertos de descargas quebradas. Ainda constatou-se a existência de pontos de oxidação em camas, cadeiras de roda, suporte de soro, andador, nos equipamentos da lavanderia e no mobiliário da sala de curativo.

<sup>xxxvii</sup> A instituição possui um porteiro que verifica a entrada e saída de pessoas na instituição.

<sup>xxxviii</sup> Embora o uso das mesmas não fosse individualizado, estas era submetidas a procedimento de higienização antes do uso pelos idosos.

<sup>xxxix</sup> Muitos dos residentes se queixavam da impossibilidade de escolherem inclusive as roupas que vestem em cada dia, posto que inexistiam armários individuais e as roupas ficavam sob a guarda da instituição, a qual entregava ao idoso a roupa do respectivo dia.

<sup>xl</sup> Em entrevista ao autor o dirigente da instituição informou que muitas vezes as enfermeiras, mulheres, não possuíam força para segurar as idosas incapacitadas de tomarem banho sozinhas, necessitando de homens que possam segurar a idosa enquanto a enfermeira lhe dar o banho.