

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**

JUCILENE CARNEIRO MOREIRA

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO
DE BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte

2017

JUCILENE CARNEIRO MOREIRA

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO
DE BELO HORIZONTE**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de
Medicina da UFMG.**

**Linha de Pesquisa: Organização dos serviços de saúde e suas
relações com a violência.**

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Dias Gontijo.

Coorientadora: Profa. Maria da Conceição Werneck Côrtes

Belo Horizonte

2017

M838q Moreira, Jucilene Carneiro.
Qualidade de vida de idosos residentes em instituições de longa permanência no município de Belo Horizonte [manuscrito]. / Jucilene Carneiro Moreira. -- Belo Horizonte: 2017.
97f.: il.
Orientador: Eliane Dias Gontijo.
Coorientador: Maria da Conceição Werneck Côrtes.
Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Idoso. 2. Instituição de Longa Permanência para Idosos. 3. Qualidade de Vida. 4. Políticas Públicas. 5. Estudos Transversais. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Gontijo, Eliane Dias II. Côrtes, Maria da Conceição Werneck. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WT 100

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA

Reitor:

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora:

Profª. Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitora de Pós-Graduação:

Profª. Denise Maria Trombert de Oliveira

Pró-Reitor de Pesquisa:

Prof. Ado Jório

Diretor da Faculdade de Medicina:

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina:

Prof. Humberto José Alves

Coordenador do Centro de Pós-Graduação:

Prof. Luiz Armando Cunha De Marco

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação:

Prof. Selmo Gerber

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:

Prof. Antônio Thomáz G. da Matta Machado

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:

Profª Alaneir de Fátima dos Santos

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da
Violência:

Profª. Elza Machado de Melo

Subcoordenadora Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da
Violência:

Profª. Cristiane de Freitas Cunha

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Profª. Andréa Maria Silveira

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

Profª. Cristiane de Freitas Cunha

Profª. Débora de Carvalho Malta

Prof. Edgar Nunes de Moraes

Profª. Efigênia Ferreira e Ferreira

Profª. Eliane Dias Gontijo

Profª. Elizabeth Costa Dias

Profª. Eugênia Ribeiro Valadares

Prof. Fernando Madalena Volpe

Profª. Izabel Christina Friche Passos

Profª. Kenya Lara da Silva

Prof. Marcelo Grossi Araújo

Profª. Maria Mônica Ribeiro de Freitas

Profª. Marta Maria Alves da Silva

Prof. Ricardo Tavares

Profª. Soraya Almeida Belisário

Profª. Stela Maris Aguiar Lemos

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof. Ulysses Barros Panissete

Prof. Victor Hugo de Melo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

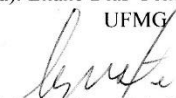
**Qualidade de vida de idosos residentes em instituição de longa permanência
no município de Belo Horizonte.**

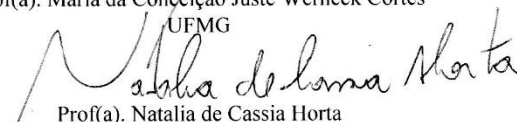
JUCILENE CARNEIRO MOREIRA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 03 de julho de 2017, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Eliane Dias Gontijo - Orientador
UFMG


Prof(a). Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes
UFMG


Prof(a). Natalia de Cassia Horta
PUCMINAS


Prof(a). Elizabeth Costa Dias
UFMG

Belo Horizonte, 3 de julho de 2017.

Dedico esse trabalho a todos os idosos institucionalizados, com os quais convivi, que me ajudaram a dar mais valor à vida e à minha família. Ao meu marido e filhas e à minha amada mainha, mulher guerreira que me ensinou a amar a Deus e ao próximo.

AGRADECIMENTOS

Ao Criador e Mantenedor da minha vida, faço minhas as palavras da canção de André Crouch: *“Como agradecer a Jesus o que fez por mim, sem eu merecer, vem provar o seu amor sem fim. As vozes de um milhão de anjos não poderiam expressar, a gratidão que vibra em meu ser, pois tudo devo a Ti! A Deus seja a glória! A Deus seja a glória! A Deus seja a glória, pelo que fez por mim”!*

Ao amor da minha vida, meu marido Adilson, pela paciência, compreensão e incentivo nas horas de desânimo e de mau humor.

Às minhas queridas e amadas filhas, Beatriz e Bruna, que são a razão do meu viver.

Aos meus irmãos que, mesmo sem saberem, sempre me incentivaram.

E em especial a minha mainha, que foi, é, e sempre será o maior exemplo de amor, dedicação, força e coragem que já conheci. Mulher virtuosa, forte, sábia que, mesmo sem conhecimento acadêmico, é a maior professora que tive. Amo-te mãe!

Aos meus amigos e colegas de trabalho, companheiros nas reflexões e apoio em vários momentos, além de sempre serem carinhosos e de me darem força para continuar.

Agradeço a todos os presidentes, coordenadores, psicólogos, assistentes sociais e cuidadores das ILPI, com quem tanto aprendi, parceiros no dia a dia na busca de uma melhor qualidade de vida para os idosos institucionalizados.

Agradeço à Profa. Dra. Elza Melo, à Profa. Dra. Eliane Dias Gontijo e Profa. Dra. Maria da Conceição Werneck Côrtes, coordenadora, orientadora e coorientadora, por terem aceitado o desafio dessa orientação. Também agradeço ao professor Dr. Ricardo Tavares que sacrificou sua família, aos domingos, para me auxiliar com o meu banco de dados, fazendo e refazendo planilhas, tabelas e gráficos.

Muito obrigada!

RESUMO

O envelhecimento é um fenômeno crescente e global demandando o desenvolvimento de políticas públicas que promovam um envelhecimento saudável, com autonomia e independência. O crescimento da população idosa implica em profundas pressões sociais, principalmente para os Sistemas de Previdência, Saúde e de Assistência Social. O Serviço de Acolhimento Institucional, da Assistência Social, tem como objetivo acolher pessoas em situação de violação de direitos, com a finalidade de proteção integral e inclui o abrigamento em Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI. Belo Horizonte possui 22 ILPI conveniadas com o poder municipal e capacidade de acolher até 890 idosos, de ambos os sexos, com diversos graus de dependência. Este estudo busca avaliar a Qualidade de Vida - QV de idosos institucionalizados. Trata-se de estudo transversal, com análise de dados primários e secundários. Utilizou-se dados do Sistema de Informação e Gestão das Políticas Sociais, CENSO SUAS 2016 e informações obtidas pela aplicação de instrumentos validados - Índice de Katz e Escala de Qualidade de Vida de Idosos Residentes em ILPI. Foram identificados 788 idosos acolhidos, predominando mulheres (78%), cor/raça preta (57%), na faixa etária com 80 anos ou mais (54%), solteiros (62%), com ensino fundamental incompleto (53%) e idosos dependentes para atividades básicas de vida diária (46%), sendo que 53,0% estão acolhidos há mais de quatro anos. As ILPI são de três portes: pequeno (22,7%), médio (40,9%) e grande (36,4%) e a metade possui dormitórios com até três leitos. Verificou-se que 395 idosos apresentavam capacidade cognitiva preservada e 347 foram incluídos na avaliação da qualidade de vida. Os escores mais altos de qualidade de vida foram atribuídos por idosos do sexo feminino, com 90 anos ou mais, maior escolaridade, independentes, residentes em instituições de médio porte, com dormitório para quatro pessoas, com espaço para atendimento individual, área externa para recreação e rotas de acessibilidade. O estudo reforça a necessidade de identificar fatores que promovam melhor adaptação do idoso institucionalizado e o atendimento de demandas que contribuam para sua melhor qualidade de vida; o incentivo à participação efetiva da família e o desenvolvimento de atividades do interesse dos idosos. Torna-se imprescindível a articulação intersetorial das políticas públicas de Saúde e de Assistência Social, por serem as principais políticas demandadas, principalmente tendo em vista a dependência apresentada por esses idosos. O Estado precisa assumir a sua responsabilidade na execução desse serviço.

Palavras-chave: idoso, Instituição Longa Permanência para Idosos, qualidade de vida, políticas públicas.

ABSTRACT

Aging is a growing global phenomenon requiring the development of public policies that promote a healthy aging, with autonomy and independence. The growth of the elderly population implies profound social pressures, mainly for pension systems, health and Social services. The nursing home residents, of Social Assistance aims to welcome people to infringe rights, for the purpose of full protection and includes the hosting in long-stay Institution for elderly. Belo Horizonte has 22 associated with municipal power nursing home residents and ability to accommodate up to 890 elderly people, of both sexes, with varying degrees of dependence. This study seeks to evaluate the quality of life (QOL) of institutionalized elderly. This is a cross-sectional study, with primary and secondary data analysis. We used data from the Information System and management of social policies, CENSO SUAS 2016 and information obtained by the application of validated instruments-Katz and scale index of quality of life of seniors living in nursing home residents. 788 were identified elderly welcomed with women (78%), black race (57%), at the age of 80 years or more with (54%), singles (62%), with incomplete basic education (53%) and elderly dependents for basic daily life activities (46%), with 53.0% are welcomed for over four years. There are three sizes of nursing homes: small (22.7%), medium (40.9%) and large (36.4%) and half has dormitories with up to three beds. It was found that elderly 395 had preserved cognitive capacity and 347 of them were included in the evaluation of quality of life. The highest quality scores were assigned by elderly female, with 90 years or more, higher education, independent, resident in institutions, providing dormitory for four people, with room for individual assistance, external area for recreation and accessibility routes. The study reinforces the need to identify factors that promote better adaptation of the institutionalized elderly and meet the demands that contribute to your quality of life; encouraging the effective participation of the family and the development of activities in the interests of the elderly. It becomes imperative to intersectoral articulation of public policies of Health and Social Services, because these are the main demand policies, mainly on account of dependence by these elderly people. The State needs to assume your responsibility in the implementation of this service.

Keywords: aged, nursing home residents, quality of life, public policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVD – Atividades avançadas de vida diária

ABVD – Atividades básicas de vida diária

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CADSUAS – Cadastro de Entidades Socioassistenciais

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CMAS – Conselho Municipal de Assistência Social

CMI – Conselho Municipal do Idoso

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CRAS - Centros de Referência de Assistência Social

CREAS - Centros de Referência Especializada em Assistência Social

EJA – Educação de Jovens e Adultos

EMADE – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

ESF - Estratégia Saúde da Família

GEAS - Gerência de Assistência à Saúde

GT - Grupo de Trabalho

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social MG – Minas Gerais

MDSA – Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário

MP – Ministério Público

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OAB - Ordem dos Advogados do Brasil

OMS - Organização Mundial de Saúde

OP – Orçamento Participativo

PBH - Prefeitura de Belo Horizonte

PNAD- Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios

PNAS- Política Nacional de Assistência Social

PNI - Política Nacional do Idoso

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PNSI- Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
QV – Qualidade de Vida
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
SMAAS - Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social
SMPS - Secretaria Municipal de Políticas Sociais
SMSA - Secretaria Municipal de Saúde
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
VISA – Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Transição demográfica.....	17
2.2 A Política Nacional de Saúde para a Pessoa Idosa	20
2.3 Sistema Único da Assistência Social – SUAS- e as Diretrizes para o Acolhimento Institucional	25
2.4 Acolhimento Institucional para Idosos em Belo Horizonte.....	34
2.5 Censo SUAS	39
2.6 A Qualidade de Vida.....	40
3 OBJETIVOS	43
3.1 Objetivo Geral.....	43
3.2 Objetivos específicos	43
4. METODOLOGIA.....	44
4.1 População Alvo.....	44
4.2 Critérios de exclusão.....	44
4.3 Procedimentos.....	44
4.4 Análise de Dados	46
4.5 Considerações éticas	47
5 RESULTADOS	48
6 DISCUSSÃO	63
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
8 REFERÊNCIAS	84
9. ANEXOS	90

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno crescente e global. O número de pessoas idosas aumenta em um ritmo mais acelerado do que o dos nascimentos (PNAD, 2015), provocando modificações na sociedade em todos os seus aspectos: sociais, econômicos e políticos.

No Brasil, o ritmo de crescimento da população idosa tem sido constante. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, o país contava com cerca de 26 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, representando 14% da população, enquanto que em 2004 essa proporção limitava-se a 9,7% (PNAD, 2015). Estima-se que em 2050, o Brasil terá a 6ª população mais idosa do mundo (IBGE 2015).

Esse crescimento implica em profundas pressões sociais, principalmente sobre o sistema de saúde pela ocorrência de doenças de longa duração, tratamentos médicos de alto custo, necessidade de capacitação de cuidadores e de suporte da previdência social. Assim, torna-se fundamental o desenvolvimento de políticas públicas que promovam um envelhecimento saudável, com autonomia e independência.

No Brasil, o envelhecimento ainda é visto como algo negativo, sendo a velhice sinônimo de doença e de dependência. Motta descreve esse processo como envelhecimento social, onde as pessoas perdem seus contatos, relacionamentos gratificantes, deixando de estar integradas na comunidade e em seu próprio meio. A falta de convivência com as pessoas que pensam de modo similar, que possuem interesses comuns, pode levar à morte social, ou seja, ao total isolamento da pessoa (MOTTA, 1990). Esse fenômeno pode acontecer com as pessoas idosas, principalmente após a aposentadoria; o idoso deixa de exercer atividades laborativas, torna-se ocioso, perde status porque passa a receber menos, seu poder de compra diminui, influencia menos a família e, em geral, essa acaba querendo controlar a sua vida. Os vínculos de amizade também diminuem, seja pelo falecimento de amigos ou pela maior dificuldade em criar novos vínculos sociais.

Além disso, a própria autonomia - faculdade de decidir sobre a própria vida, sofre mudanças. A perda dessa condição provoca preocupação em todas as pessoas, incluído as idosas. Além do que, para elas, a saúde e a qualidade de vida estão diretamente ligadas à independência, ou seja, a capacidade de realizar tarefas sozinhas, como cuidar de si mesmo, trabalhar, ir ao

banco, pagar suas contas, fazer compras ou resolver problemas, e assim, realizar as atividades de vida diária.

Ter autonomia é possuir múltiplas capacidades para se representar tanto nos espaços públicos quanto nos espaços privados do cotidiano e está diretamente relacionada ao modo de viver, aos valores culturais e crenças do indivíduo. De acordo com Soares, (1998, p.5):

A autonomia refere-se às múltiplas capacidades do indivíduo em se representar tanto nos espaços públicos como nos espaços privados da vida cotidiana, ao seu modo de viver e aos seus valores culturais;... à capacidade de potencializar atividades em diversas formas de trabalho; à resolução de conflitos; ao fortalecimento em relação às suas próprias emoções, que o torna capaz de solidarizar com as emoções dos outros e, enfim, estar mais associado em suas ações.

A autonomia pressupõe *domínio do conhecimento, da capacidade de decidir, processar e selecionar informações, de criatividade e ter iniciativa*. Os idosos que perdem seus laços com a sociedade resignam-se a aceitar situações impostas por outros, inclusive pela própria família.

A dependência causada pelo envelhecimento físico provoca isolamento, necessidade de cuidados de terceiros e traz a possibilidade de sofrer atos de violência por parte de cuidadores/familiares que, muitas vezes, não estão preparados para prestar os cuidados necessários. E, por isso, muitos idosos acabam precisando de institucionalização. A institucionalização de pessoas idosas, principalmente aquelas mais frágeis, acima dos 80 anos, é uma questão mundial e está intimamente relacionada ao envelhecimento populacional, bem como com o aumento da fragilidade e da idade e varia conforme os contextos familiares, culturais e econômicos (BATISTA et al., 2008).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa prevê que as intervenções no atendimento aos idosos devem ser de caráter interdisciplinar e multidimensional, estimulando o autocuidado e promovendo a independência e a autonomia do idoso, estando alerta a possíveis distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e de comprometimento precoce da funcionalidade (PNSI, 1999).

Mesmo idosos clinicamente estáveis que necessitam de cuidados mais intensivos e/ou de longa duração, devem receber assistência em casa, por meio dos profissionais da atenção básica ou especializada (Portaria 2.529, 2006). Entretanto, observa-se que a família nem

sempre consegue receber esses idosos em casa, por falta de infraestrutura, o que tem provocado “internações sociais”. A maioria desses idosos acaba sendo abrigado nas Instituições de Longa Permanência - ILPI.

A necessidade de a população muito idosa precisar de cuidados prolongados pela maior vulnerabilidade às doenças e agravos crônicos, limitantes da funcionalidade, gera mais dependência de terceiros. Por outro lado, os arranjos familiares atuais (famílias com poucos filhos, mulheres no mercado de trabalho), não são suficientes para dar o suporte a esses idosos. (CAMARANO, LEITÃO, 2010). Essa situação demanda, assim, uma política intersetorial de cuidados institucionais para a assistência adequada à promoção da autonomia, da independência e da qualidade de vida a essa população. Nessa linha, surge o Serviço de Acolhimento Institucional para Idosos por meio das Instituições de Longa Permanência.

A construção e o fortalecimento de alternativas assistenciais devem ser de responsabilidade tanto das famílias quanto do Poder Público. Pergunta-se como o Estado ampara as famílias com idosos que necessitam de cuidados prolongados, em especial sobre o funcionamento dos dispositivos da Política de Assistência Social voltados para as pessoas idosas: _ Serviço de Convivência, Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, Programa de Atendimento ao Idoso em situação de Violação de Direitos, Centro Dia, Serviço de Acolhimento Institucional para Idosos, Serviço de República para Idosos. Esses Serviços devem priorizar ações de melhoria da qualidade de vida como prevê a Política Nacional de Saúde para a Pessoa Idosa – Portaria nº 2.528 de 2006¹.

Desde a década de 90, o conceito de saúde para o indivíduo idoso refere-se mais à sua condição de autonomia e independência do que a presença ou ausência de doença orgânica.

Featherman, Smith e Peterson, apud Néri, afirma que *uma velhice satisfatória resulta da qualidade da interação entre pessoas em mudança, vivendo numa sociedade em mudanças* (NÉRI, 2007, p.9). A qualidade de vida na velhice deixa de ser um atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, e passa a depender de sua interação com outras pessoas e

¹ - Prevê, como finalidade, recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

com a sociedade. Assim, compreender a Qualidade de Vida de pessoas idosas implica em avaliar múltiplos critérios de natureza diversos como: biológicos, psicológicos e socioestrutural (NÉRI, 2007).

Belo Horizonte tem 14% de sua população constituída de pessoas idosas (PNAD, 2015), sendo de fundamental importância a realização de estudos sobre as condições de vida dessas pessoas, principalmente aquelas que não estão convivendo mais com suas famílias: as institucionalizadas. No cenário nacional são poucas as pesquisas existentes sobre esse público, suas condições sociais, de saúde, vínculos familiares ou que tratem de qualidade de vida.

Apesar de as Instituições de Longa Permanência estarem vinculadas à Política de Assistência Social (Res. 109/09 - Tipificação Nacional de Serviços Socioassistencias), a maior parte das pesquisas sobre o público atendido nesses equipamentos é feita por profissionais da área da Saúde. Então, torna-se relevante e oportuno que profissionais ligados ao Sistema Único de Assistência Social - SUAS realizem estudos, pesquisas e discussões sobre seus cuidados aos idosos.

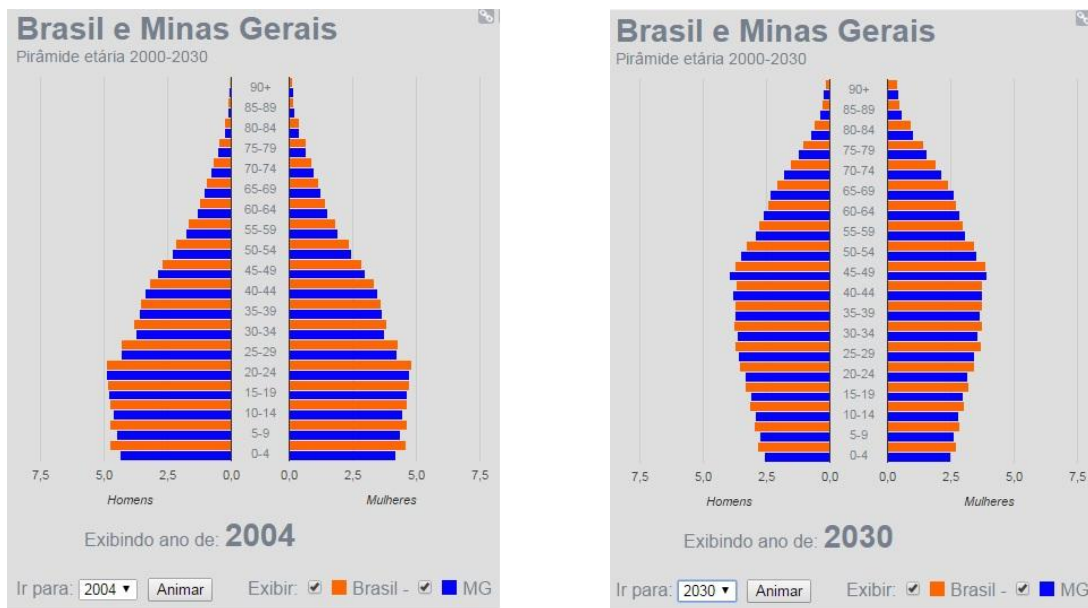
A principal autora do presente estudo é assistente social e trabalha na Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social de Belo Horizonte há 16 anos, onde atuou como gerente do Serviço de Acolhimento para Idosos, nos últimos sete anos, sempre discutindo a temática do envelhecimento. O envolvimento com o monitoramento semanal da rede conveniada, responsável pelo acolhimento de pessoas idosas no município, motivou o interesse em avaliar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, acreditando que não basta apenas viver mais, mas viver bem nesses anos conquistados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Transição demográfica

O Brasil possui aproximadamente 205.824.000 habitantes (IBGE, 2016). Destes, praticamente 28 milhões são idosos, representando 14% da população brasileira. A projeção da população por sexo e idade, realizada pelo IBGE (PROJEÇÃO..., 2013), indica tendência de aumento da proporção de idosos na população, como consequência do processo de transição demográfica. Em 2030, esta proporção será de 18,6%, e, em 2060, de 33,7%, ou seja, a cada três pessoas na população, uma terá ao menos 60 anos de idade. O grupo que mais cresceu na última década foi o composto por pessoas acima dos 60 anos. Além disso, houve um aumento na população de 80 anos ou mais de idade, que passou de 1,2%, em 2004, para 1,9%, em 2014, sendo que grande parte das pessoas idosas é mulher (56%). (PNAD, 2015).

Gráfico nº1 – Pirâmide etária dos idosos no Brasil e em Minas Gerais – 2004/2030



Dentre as causas que favorecem o envelhecimento do Brasil pode-se citar o aumento da expectativa de vida, o avanço no campo da medicina e a redução da taxa de natalidade (PNAD, 2015). Além disso, o desenvolvimento científico e a introdução de novas tecnologias - a descoberta de antibióticos, vacinação infantil e para idosos (gripe, pneumonia e outras), exames diagnósticos que identificam a doença em seu estágio inicial, possibilitando tratamento mais adequado, novas técnicas cirúrgicas, com destaque para as cardíacas,

saneamento e tratamento de água, maior acesso à saúde e à educação, além dos vários programas voltados para a qualidade de vida, também são causas que ajudam no aumento da expectativa de vida, mesmo que seja em situação de dependência (BURLÁ, PY e SCHARFSTEIN, 2010).

Com relação à taxa de natalidade, pesquisadores apontavam que em 2020 haveria uma média de 1,8 filhos por mulher, mas em 2008 essa média já foi atingida (IBGE, 2010). Além das medidas contraceptivas que são importantíssimas nesse quesito, pode-se verificar que as mulheres estão cada vez mais assumindo um papel na sociedade, principalmente no mundo do trabalho. Elas estudam, especializam-se, vão para o mercado de trabalho, para depois pensarem em casamento e filhos. Além disso, vários casais estão optando por não terem filhos.

Segundo Moreira (1997, p. 5), uma das mais significativas mudanças demográficas ocorridas no Brasil, nos últimos decênios deste século, tem sido a redução dos níveis da taxa de fecundidade que se dá em todas as classes sociais e regiões do país. Para o autor, a redução das diferenças regionais de fecundidade, o estreitamento das desigualdades entre as classes sociais, a irreversibilidade da mudança, pelo menos por um longo período de tempo, em função da ampla proporção de mulheres esterilizadas, juntam-se à velocidade com que a fecundidade declina.

A redução na média de filhos das mulheres brasileiras ocorre em um contexto de pobreza de expressiva parcela da população que se encontra afastada das benesses do mercado formal do trabalho, do sistema educacional e de outras políticas sociais que contribuem para a redução da fecundidade (MOREIRA, 1997).

Uma das consequências da queda da fecundidade é o impacto sobre a estrutura etária, com a redução da fração populacional jovem e a ampliação do contingente de idosos, configurando-se, assim, o processo do envelhecimento populacional brasileiro. Considerando crianças de 0 a 14 anos, no Brasil, já temos 1,5 criança por idoso, enquanto que em Minas Gerais e em Belo Horizonte a proporção é de 1,3 crianças por idoso (PNAD, 2015).

A pirâmide etária da população brasileira vem se modificando. Em 1950 a população com mais de 60 anos representava 4,2% da população. A Pesquisa Nacional por Amostra de

Domicílios – PNAD aponta que esse segmento já representa 14,3% da população e faz uma estimativa que, em 2030, esta proporção será de 18,6%, e, em 2060, de 33,7%, (PNAD, 2015). Mas isso não está garantindo aos brasileiros uma velhice sadia, autônoma e independente. As dependências mais preocupantes dizem respeito às limitações para as atividades de vida diária, como alimentação, banho, locomoção.

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 investigou as limitações funcionais das pessoas idosas para realizar, sozinhas, suas atividades de vida diária, como: comer, tomar banho, ir ao banheiro, vestir-se, andar em casa de um cômodo para outro, no mesmo andar, e deitar-se. Dados dessa pesquisa demonstram que 6,8% dessas pessoas têm limitação funcional para realizar suas atividades de vida diária (PNS, 2013). Verificou-se ainda que, quanto mais elevada a idade, maior era a proporção de pessoas com tais limitações, variando de 2,8% para aquelas de 60 a 64 anos, a 15,6% para as de 75 anos ou mais de idade (PNAD, 2015).

A pirâmide populacional brasileira apresenta neste momento características positivas, pois a população em idade ativa ainda é maior que a inativa, criando o “bônus demográfico”, como é chamado pelos especialistas, propício ao desenvolvimento e a possibilidades de crescimento para planejar e se organizar para atender as demandas decorrentes do envelhecimento. Entretanto mudanças são necessárias com relação a vários setores como a Previdência Social com previsão de que, em 2050, para cada pessoa com 65 anos ou mais de idade, haverá cerca de três pessoas na faixa etária potencialmente ativa, sendo que em 2000 eram 12 (doze) pessoas ativas para cada idoso. No planejamento urbano necessita-se de investimento em infraestrutura, transporte, acessibilidade. A Saúde e a Assistência social precisam criar programas para manutenção de uma vida ativa e que ofereçam cuidados e deem suporte para as famílias de idosos dependentes (ÁVILA, 2015).

Percebe-se que ainda é grande a desinformação sobre o idoso e as particularidades do envelhecimento em nosso contexto social. Ainda são poucas as pesquisas nessa área. Foi depois da Constituição Federal de 1988, que traz em seu bojo a questão da velhice, que o Brasil começou a dar importância para esse segmento da população.

A Constituição, em seu Art. 229, diz que os pais têm o dever de cuidar dos filhos menores e em contrapartida os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. O Art. 230 estabelece que a família, a sociedade e o Estado têm o

dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, garantindo sua dignidade, seu bem-estar e o direito à vida. No parágrafo primeiro desse artigo, é assegurado que os programas de amparo aos idosos devem ser, preferencialmente, executados em seus lares. Já no Art. 203, referente à Assistência Social, diz em seu inciso primeiro, que a Assistência Social tem por objetivo a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice (BRASIL, 1988).

A Política Nacional do Idoso - PNI prevê a existência de cursos de Geriatria e Gerontologia Social nas faculdades de Medicina, promovendo o estudo do envelhecimento. Em 2003, foi promulgada o Estatuto do Idoso que garante o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, com acesso à justiça, cultura, educação, saúde, sexualidade, lazer, facultando o direito da participação ativa na família e na comunidade.

Entretanto, apenas a existência de um arcabouço legal não é suficiente para garantir um envelhecimento digno. Infelizmente a prática se distancia da teoria, fazendo com que a população tenha que se organizar para lutar pela consolidação dessas leis. Essa mudança demográfica prevista para os próximos anos trará efeitos significativos para toda a sociedade, e cabe ao Estado se preocupar com essa população que, envelhecida, vai precisar de maiores cuidados. Entre os grandes desafios que devem ser rapidamente equacionados estão a preocupação sobre quem vai cuidar dessa população, as condições das famílias na prestação dos cuidados necessários, bem como o desenvolvimento das políticas de cuidado desses idosos.

2.2 – A Política Nacional de Saúde para a Pessoa Idosa

A Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa - PNSI tem como objetivo principal recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, por meio de medidas coletivas e individuais de saúde. Para que isso aconteça, ela preconiza vários programas e serviços que deveriam estar disponíveis para todos os idosos. Porém, observa-se que nem sempre o preconizado pela normativa foi implementado. Entre os principais desafios a serem vencidos, destacam-se:

a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio; – nesse sentido foi criado a EMADÉ – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar que possui vários profissionais desde médico geriatra até enfermeiros, porém são poucos os casos atendidos e o tempo de acompanhamento, pós alta hospitalar, é insuficiente para aqueles que demandam cuidados prolongados. Ou seja, a oferta desse serviço é insuficiente para atender a demanda existente, principalmente das pessoas idosas, uma vez que esse serviço não é específico ou exclusivo para esse público. Os idosos são mais uma parcela da população que eles precisam acompanhar. Em Belo Horizonte não existe nenhum hospital de atendimento secundário, por período prolongado de internação. Os leitos existentes para cuidados prolongados são por períodos que variam de 30 a 90 dias.

b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família - ESF um papel fundamental. É importante lembrar que as ILPI são consideradas domicílios, portanto são referenciadas no Centro de Saúde de seu território e acompanhadas pelas equipes de ESF. Mas, nem sempre essas equipes dão conta de atender a demanda de seu território, não realizando o acompanhamento necessário aos idosos institucionalizados, conforme preconizado pela legislação. Além disso, a maioria dos Centros de Saúde entende que a ILPI deveria ter médico próprio, o que não condiz com a Política de Assistência Social que não prevê profissionais de saúde em nenhum de seus equipamentos. Outra questão frequente é a falta de médicos nessas equipes, deixando-a desfalcada e com limitações em seus atendimentos, sendo que mesmo naquelas que possuem médico, a maioria dos atendimentos são realizados pela enfermeira da equipe. Embora a intenção do SUS, ao criar a ESF, fosse realizar acompanhamento aos usuários, o que tem sido feito são apenas atendimentos pontuais.

c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; – o Estatuto prevê uma equipe com geriatras ou gerontólogos para um atendimento mais qualificado, nos Centros de Saúde. Porém, essa ainda não é a realidade em Belo Horizonte.

d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso. Belo Horizonte possui o Instituto Jenny Faria, gerenciado pelo Hospital das Clínicas, como lócus qualificado para atendimento aos idosos. O Centro Mais Vida, que funciona nesse Instituto, possui equipe multiprofissional para realização de uma avaliação global dos idosos, por meio de consultas com geriatras e outros profissionais, podendo realizar exames especializados de alto custo de forma mais rápida. A implantação desse Centro foi um ganho, sem dúvidas, porém ainda insuficiente para atender a demanda dos idosos dessa metrópole, havendo filas de espera tanto para a avaliação inicial quanto para o acompanhamento pela geriatria de referência.

Outra questão a ser considerada é a falta de comunicação entre a equipe do Jenny Faria e as equipes dos Centros de Saúde, causando dificuldades na aquisição de medicamentos receitados por aqueles. Nem sempre os medicamentos receitados estão dentro dos medicamentos padronizados pelo SUS. Ou seja, não adianta receitar uma medicação que o idoso não vai conseguir no Centro de Saúde, tendo que adquirir por conta própria. Muitos idosos não compram por não possuírem condições para isso. E essa é uma realidade das ILPI também.

Na Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa um dos instrumentos gerenciais é a implementação da avaliação funcional individual e coletiva. Por meio dessa avaliação funcional coletiva é possível determinar a pirâmide de risco funcional que é estabelecida com base nas informações relativas aos critérios de risco da população assistida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município. Assim, é possível conhecer qual a proporção de idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos, e se inteirar daqueles com alta dependência funcional – acamados e os que apresentam alguma incapacidade para atividades básicas da vida diária (AVD) – como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com as próprias mãos – e qual a proporção de idosos independentes.

As ILPI são referenciadas no Centro de Saúde de seu território e seus acolhidos deveriam ser avaliados pela ESF, sendo que os idosos independentes a cada seis meses e os dependentes a cada três meses (RDC 283, 2005). Infelizmente isso não acontece, seja por conta da demanda

existente nos Centros de Saúde, seja pelo entendimento de que as ILPI deveriam possuir médico próprio.

Como aponta Camarano (2010, p.6), a indefinição do que realmente seja uma ILPI é um problema na hora de definir os papéis de cada Política. A Assistência Social não possui expertise para realizar cuidados prolongados de uma população cada vez mais frágil e que necessita de atendimento especializado, enquanto que o Sistema Único de Saúde não tem compreendido o seu papel no acompanhamento desses idosos. A autora ressalta que em outros países a oferta desse serviço é da Saúde:

Em geral, a oferta de casas geriátricas ou de repouso são parte do sistema de saúde e o apoio para as atividades instrumentais da vida diária como limpar a casa, preparar a alimentação e outras atividades sociais são ofertadas pelo sistema de assistência social. No Brasil, como descrito no capítulo 2 deste livro, as políticas de cuidado são de responsabilidade da assistência social, mas elas se concentram no abrigamento de idosos carentes (CAMARANO, 2010).

“Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade, dentre outras características, aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional” (PNSI, 2006). Portanto, deveriam ser acompanhados pelas ESF.

Ainda dentro das diretrizes da Política, no item 3.4 - Provimento de Recursos Capazes de Assegurar Qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, as formas de financiamento que ainda não foram regulamentadas deverão ser definidas e pactuadas entre os estados, o Distrito Federal e os municípios, para aprimoramento da qualidade técnica da atenção à saúde prestada à pessoa idosa. São apresentados os itens prioritários para a pactuação: a) provimento de insumos, de suporte em todos os níveis de atenção, prioritariamente na atenção domiciliar inclusive medicamentos; b) provimento de recursos para adequação de estrutura física dos serviços próprios do SUS; c) provimento de recursos para ações de qualificação e de capacitação de recursos humanos, e incremento da qualidade técnica dos profissionais de saúde do SUS na atenção à pessoa idosa.

Nos últimos quatro anos, o que se tem observado é um aumento no gasto com compra de medicamentos básicos² para os idosos acolhidos, e mais ainda com insumos caros como dieta enteral, equipo, luvas, gases, material para cuidados com feridas, etc. O custo financeiro

² Dados repassados pela Gerência Administrativa Financeira da SMAAS. Algumas ILPI triplicaram o gasto com compra de medicamentos.

desses materiais acaba saindo do financiamento da Assistência Social ou do bolso dos próprios idosos, ou ainda a ILPI precisa ir à busca de doações. Muitas vezes, o atendimento não é realizado como deve ser, por exemplo, muitas ILPI fornecem dieta artesanal para os idosos, correndo risco de contaminação e, em alguns casos mais graves, até mesmo de óbito.

Essa Política prevê o atendimento intersetorial como sendo uma de suas diretrizes, possuindo, dentre outros, as seguintes previsões:

- a) implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos;
- b) implantação e implementação de Centros de Convivência e Centros-Dia, conforme previsto no Decreto nº 1948/96;
- c) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o autocuidado dos usuários do SUS;
- d) incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional;
- e) investir na promoção da saúde em todas as idades;
- f) articular as ações do Sistema Único de Saúde com o Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

Em Belo Horizonte não existe nem um Centro Dia, para idosos, filantrópico. Esse equipamento seria de grande utilidade para idosos frágeis que não dispõem de condições financeiras para pagarem um cuidador. Esse equipamento possibilitaria a permanência do idoso durante todo o dia, atendendo as suas necessidades básicas de vida diária. Isso permitiria um descanso ao cuidador familiar que, muitas vezes, sobrecarregado com esses cuidados, acabam por violarem os direitos dos idosos, seja por violência psicológica, abandono ou maus-tratos. Em Belo Horizonte, o Orçamento Participativo³ aprovou a criação de um equipamento para esse fim. Porém, quando o equipamento ficou pronto não houve interesse das Secretarias temáticas (Saúde e Assistência Social) em o assumirem, uma vez que não havia recurso disponível para sua manutenção. Atualmente tem funcionado no local, uma espécie de Centro de Convivência para idosos.

³ Orçamento Participativo (OP) é um mecanismo governamental de democracia participativa que permite aos cidadãos influenciar ou decidir sobre os orçamentos públicos, geralmente o orçamento de investimentos de prefeituras municipais, através de processos de participação da comunidade.

Ainda dentro da avaliação sistemática estão previstas a identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades com o intuito de prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam.

Verifica-se que o que está preconizado na normativa é de fato, o necessário para garantir um atendimento qualificado para as pessoas idosas, porém, na prática, muitas das ações previstas ainda estão somente no papel. Como ressalta Camarano (2010, p.15), existe a necessidade de reconhecimento de se estabelecerem políticas públicas que possibilitem alternativas de cuidados não familiares ou formais a determinados idosos, diante das mudanças em curso, além da necessidade de incentivar a participação do mercado privado na oferta de serviços.

2.3 Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e as Diretrizes para o Acolhimento Institucional

O SUAS - Sistema Único da Assistência Social é um sistema público que organiza os serviços socioassistenciais de forma descentralizada e participativa, articulando esforços e recursos nos três níveis de governo: municipal, estadual e federal para execução e financiamento da Política de Assistência Social no Brasil. Ele está dividido em dois níveis de Proteção: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, sendo que essa última é dividida em Média e Alta Complexidade.

PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

A Proteção Social Básica é destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade e risco social. Os serviços oferecidos buscam o fortalecimento de vínculos sociais e familiares para a superação das vulnerabilidades e melhoria na qualidade de vida do cidadão.

Realiza ações com famílias em que há pessoas que necessitam de cuidado, com o foco na troca de informações sobre questões relativas à infância, à adolescência, à juventude, ao envelhecimento e à deficiência, por meio da promoção de espaços coletivos de escuta e troca de experiências. Portanto, está fundamentada no fortalecimento da cultura do diálogo, no combate a todas as formas de violência, de preconceito, de discriminação e de estigmatização

nas relações familiares. Como objetivos, citam-se: a convivência, a socialização, o incentivo à participação e o acolhimento de famílias que estão com vínculos familiares e comunitários fragilizados (Resolução 109, 2009).

Um dos principais locais de execução da Proteção Social Básica é no equipamento chamado CRAS – Centro de Referência da Assistência Social que se constitui em uma das portas de entrada para o SUAS. O principal serviço do CRAS é o PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família, que é de caráter continuado e visa fortalecer a função protetiva da família, prevenindo a ruptura de vínculos, promovendo o acesso e garantia de direitos, melhorando a qualidade de vida dos usuários.

A Proteção Social Básica também possui os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, que são organizados por faixa etária (crianças, adolescentes, jovens e idosos). Nesse serviço incluem-se os Grupos de Convivência para Idosos que se reúnem para atividades socializantes, culturais, de lazer, atividades físicas, dentre outras.

Em Belo Horizonte, conforme informação disponível no site da Prefeitura Municipal, esse serviço é ofertado em todos os 34 CRAS existentes e também em diversos bairros da cidade, sendo que a Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social possui convênio com Grupos de Convivência para Idosos em áreas que não possuem CRAS.

A Secretaria repassa recurso financeiro e supervisiona as entidades, orientando, apoiando, sugerindo atividades, articulando a rede existente no território do Grupo de Convivência, bem como prestando assessoria ao que for necessário para melhorar o atendimento aos idosos participantes. Porém, devido à limitação orçamentária, a oferta de atividades fica prejudicada; os próprios idosos acabam virando multiplicadores. Um ensina o que sabe aos demais participantes do grupo (tricô, crochê, bordado, pintura em tecido, macramê, etc.)

O outro serviço previsto na Resolução 109, ainda não implantado em Belo Horizonte, é o Serviço de Proteção Social Básica para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias que tem como finalidade evitar agravos que provoquem o rompimento dos vínculos familiares e comunitários dos usuários. Esse Serviço deve contribuir para a promoção do acesso de idosos e pessoas com deficiência à rede socioassistencial e aos demais serviços de outras políticas

públicas, como saúde (incluindo habilitação e reabilitação), educação, transporte (2009, p.16). Tem por objetivos: evitar o confinamento e o isolamento social, identificar situações de dependência, colaborar com a rede inclusiva do território, prevenir o acolhimento institucional, desenvolver a autonomia e o protagonismo do usuário, incluir os usuários no sistema de proteção (2009, p.17).

Em Belo Horizonte existe, na Proteção Social Básica, o Projeto Cuidador que disponibiliza um cuidador para acompanhar o idoso dentro do próprio domicílio, ofertando-lhe cuidados básicos de higiene, alimentação e medicação. Além disso, o cuidador pode acompanhar os idosos para atividades socializantes e ao centro de saúde, na falta de um familiar que o faça. É elaborado um plano de cuidado pela Assistência Social e pela Saúde para que esse cuidador, que permanece na casa do usuário de duas a oito horas por dia, possa executar. Atualmente o Projeto Cuidador está funcionando em 26 CRAS e atende cerca de 570 idosos por mês.

Esse Projeto busca a prevenção de situações de risco e de agravos que levem ao rompimento dos vínculos familiares e sociais, bem como a qualificação do cuidado para uma melhor qualidade de vida para o idoso, contribuindo para redução das internações hospitalares e da institucionalização dos idosos, por meio do fortalecimento da função protetiva das famílias e da qualificação e humanização do cuidado no domicílio (Revista Pensar BH, 2012).

Até o momento, ele não foi estendido para todos os CRAS existentes e não consegue atender a demanda do território, além de possuir horário reduzido para os cuidados. A grande maioria dos cuidadores fica de duas a quatro horas, duas ou três vezes por semana, na casa do idoso.

É de fundamental importância que projetos como esses sejam criados e implementados em todo o Brasil, desenvolvendo uma política de cuidado no domicílio para os idosos semidependentes e dependentes e promovendo o convívio familiar.

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL

A Proteção Social Especial é destinada a famílias e indivíduos que estão em situação de risco, em situação de ameaça ou de violação de direitos. Essa violação passa pela questão do abandono, de maus-tratos físicos e psicológicos, de abuso sexual, de negligência, de uso de

drogas e outros. É de caráter protetivo e possui ações que requerem acompanhamento familiar e individual, com maior flexibilidade nas soluções dos problemas. Possui uma grande interface com o Sistema de Garantia de Direitos, e demanda uma gestão mais compartilhada com o Poder Judiciário, Ministério Público e com outros órgãos e ações do Executivo.

A Proteção Social Especial é dividida em Proteção Social Especial de Média e de Alta Complexidade, sendo cada uma delas responsável por serviços a serem ofertados também para as pessoas idosas (Resolução 109, 2009).

- **Proteção Social Especial de Média Complexidade**

A Proteção Social Especial de Média Complexidade oferta atendimento especializado para famílias e indivíduos que vivenciam situações de fragilidade, que estão sob ameaça ou em situação de violação de direitos, geralmente inseridos no núcleo familiar, visando manter a convivência familiar. Esse serviço demanda um acompanhamento familiar mais sistemático e uma maior articulação em rede para assegurar a efetividade no atendimento às demandas apresentadas pela família, no intuito de superar a situação de violação de direitos.

Atua por meio do CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social, que oferta atendimento especializado e continuado, de forma gratuita, a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou de violação de direitos. Busca articular e coordenar os serviços com a rede de assistência social e as demais políticas públicas. Belo Horizonte possuiu onze CREAS, um em cada região distrital, além de dois CREAS que são itinerantes, voltados para o Serviço de Abordagem Social.

Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias que oferta atendimento especializado a famílias com pessoas com deficiência e idosos com algum grau de dependência e que estejam em situação de violação de direitos, em especial, por falta de cuidados adequados ou estresse do cuidador. Possui a finalidade de promover a autonomia, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas atendidas. Pode ser ofertado no próprio domicílio do usuário, em Centro-Dia, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) ou Unidade Referenciada. Esse serviço ainda não foi implantado em Belo Horizonte.

Todos os serviços da Assistência Social, principalmente os da Proteção Social Especial, devem ser desenvolvidos tendo como foco a família e a situação vivenciada. Procura garantir o acesso dessa família aos direitos socioassistenciais, potencializando os recursos existentes e a sua capacidade de proteção.

- **Proteção Social Especial de Alta Complexidade**

Serviços de Alta Complexidade são aqueles que oferecem proteção integral a famílias e ou indivíduos que se encontram em situação de abandono, de ameaça ou de violação de direitos e que necessitam de acolhimento fora de seu núcleo familiar de origem. Consistem no acolhimento, que deve ser de caráter excepcional e provisório, provendo moradia, alimentação, cuidados básicos de higiene e saúde. Normalmente os indivíduos que demandam esse Serviço estão com seus vínculos familiares fragilizados ou rompidos e, no caso de idosos, muitas vezes esses vínculos não existem por já não possuírem mais familiares vivos.

Compete ao Serviço trabalhar no sentido de resgatar e ou fortalecer os vínculos familiares e ou comunitários, procurando desenvolver a autonomia dos usuários. A organização do serviço deverá garantir privacidade, o respeito aos costumes, às tradições e à diversidade de: ciclos de vida, arranjos familiares, raça/etnia, religião, gênero e orientação sexual.

O atendimento deve ser ofertado de forma personalizada e em pequenos grupos, favorecendo o convívio familiar e comunitário, bem como a utilização dos equipamentos e serviços disponíveis na comunidade local. As regras/normas de gestão e de convivência deverão ser construídas de forma participativa e coletiva, a fim de assegurar a autonomia dos usuários, conforme seu perfil, ou seja, crianças, adolescentes, famílias, pessoas com deficiência e idosos. A estrutura física deve ser adequada, oferecendo condições dignas de moradia, higiene, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade (RESOLUÇÃO nº109, 2009).

Os serviços da Alta Complexidade pressupõem uma fragilização e um risco muito grande do indivíduo ou da família que precisam de apoio, encaminhamento para outros serviços, inclusive de profissionalização, escolarização, inserção em benefícios de transferência de renda e emprego, no intuito de melhorarem suas condições de sobrevivência, para que

possam, o mais rápido possível, sair das condições que os levaram a necessitar de proteção integral.

A diretriz para a permanência nesses serviços é de que ela seja temporária, sendo que o desligamento dos usuários deverá ser o foco do trabalho dos profissionais técnicos, em especial o assistente social e o psicólogo, ao fazer o estudo de caso e acompanhamento individualizado das pessoas acolhidas, sejam elas crianças, adolescentes, pessoas com deficiência ou idosas.

As modalidades de Acolhimento para Idosos são: República, Casa Lar e Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), sendo que a modalidade mais comum em todo o Brasil é a ILPI, conhecida como Asilo.

Em Belo Horizonte, a Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social possui convênio com 22 (vinte e duas) Instituições de Longa Permanência para Idosos, uma Casa Lar e uma República, que podem acolher até 917 pessoas idosas em situação de violação de direitos. Cabem a essas Instituições, além de oferecer moradia, alimentação e higienização, também ofertar cuidados com a saúde física e psíquica dos idosos que chegam em situação de grande fragilidade física, mental, emocional e social, devido à situação de violência e/ou abandono vivida.

- **Acolhimento Institucional para Idosos**

Dentro da Proteção Social Especial existem dois Serviços de Alta Complexidade que são voltados para o acolhimento de idosos: Serviço de Acolhimento Institucional que pode ser nas modalidades de abrigo institucional – ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos) ou na modalidade de Casa lar; e o Serviço de Acolhimento em República. Infelizmente, no Brasil como um todo, e especialmente em Belo Horizonte, o serviço de acolhimento para idosos ainda é ofertado no modelo antigo, nas instituições chamadas de asilo. Essas instituições ainda são carregadas de estereótipos negativos, vistas como “prisão”, “hospitais para velhos”, lugares onde os velhos esperam a “morte”. São poucas as iniciativas existentes no modelo de Repúblicas.

No caso da pessoa idosa, a segregação e o asilamento são vistos como uma solução para os problemas que surgem pelo próprio envelhecimento, principalmente quando é acompanhado por dependência funcional. Entretanto, Motta sugere a substituição dos atuais asilos por casas de acolhimento ao afirmar que essas instituições apresentam várias contraindicações e inconvenientes, dentre eles o grande número de pessoas numa única entidade, provocando situações sociais indesejáveis como a segregação, o isolamento, a exigência de normas administrativas, a convivência entre iguais e a diluição dos papéis sociais (MOTTA, 1990).

Toda a legislação existente no Brasil sobre abrigo para idosos prevê a sua participação ativa na comunidade, a preservação dos vínculos familiares e o atendimento de suas necessidades na rede existente na comunidade. A PNAS- Política Nacional de Assistência Social propõe um reordenamento nos serviços de acolhimento, dizendo que esse reordenamento, na Proteção Social Especial, deveria possuir como ênfase a priorização da reestruturação dos serviços de abrigo – dos indivíduos que, por uma série de fatores, não contam mais com a proteção e o cuidado de suas famílias – para novas modalidades de atendimento (PNAS, 2004).

A história dos abrigos, orfanatos e asilos é antiga no Brasil. A colocação de crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e idosos em instituições para protegê-los ou afastá-los do convívio social e familiar foi, por muito tempo, materializada em grandes instituições de longa permanência, ou seja, espaços que atendiam a um grande número de pessoas, que lá permaneciam por longo período – às vezes a vida toda. São os chamados, popularmente, de educandários, asilos, entre outros (PNAS, 2004).

A Política Nacional do Idoso – Lei 8.842 de 1994, também prevê outras modalidades de atendimento, sendo uma delas o abrigo não asilar, em grupos menores, como a Casa lar e a República para idosos.

O decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996, que regulamenta a Política Nacional do Idoso, em seu art. 3º define modalidade asilar como “o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social”. Em seu parágrafo único o decreto diz que isso pode ocorrer no caso da inexistência do grupo familiar,

abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família. E no art. 4º são apresentados vários tipos de atendimentos como modalidades não asilares, citando entre eles Centro de Convivência, Centro de Cuidados Diurno, atendimento domiciliar, Casa Lar. A Casa Lar é descrita como uma residência, em sistema participativo, destinada a idosos com renda insuficiente para sua manutenção e sem família (Decreto 1948, 1996).

Em seu livro, *a Reinvenção da Velhice*, a antropóloga Debert analisa a velhice no Brasil e a forma como ela é encarada. A autora aborda, entre outros temas, a questão do abrigo, tanto em instituições públicas quanto nas privadas. Afirma ainda que essas instituições são dirigidas por uma equipe, normalmente composta por uma diretoria com presidente, secretários, tesoureiro, conselheiros fiscais e possuem um quadro de recursos humanos composto por cuidadores, arrumadeiras, serviços gerais, enfermeiros e assistentes sociais que trabalham na perspectiva de elevar a autoestima dos idosos, estimulando sua autonomia, realizando várias atividades que ajudam em diversos aspectos da vida (DEBERT, 2004).

A autora aponta, ainda, visões mais positivas do abrigo, ao falar da possibilidade de o idoso manter vínculos com outros, não ficando sozinho, e alguns conseguem manter sua independência funcional e possuem uma vida social ativa. Porém, outros ainda enxergam as instituições de longa permanência como local da solidão e do desprezo, onde os idosos são deixados em nossa sociedade (DEBERT, 2004).

Como possível solução para a questão do asilamento, a proposta é para que as grandes instituições sejam divididas em “casas de acolhimento” que permitam a convivência de um número menor de idosos, para que os mesmos tenham uma vivência mais semelhante à casa de uma família (MOTTA, 1990). Com isso, até o custo seria reduzido, porque não seriam necessários tantos profissionais, e os gastos com sua manutenção seriam menores. Esse modelo proposto por Motta é parecido com o Serviço de Acolhimento em Repúblicas, que é previsto para ser executado em pequenos grupos e que os seus moradores procurem os atendimentos necessários na comunidade, podendo ser gerido no modelo de cogestão.

Mesmo sendo um equipamento da Política de Assistência Social, as entidades que acolhem pessoas idosas são fiscalizadas pela Vigilância Sanitária, tendo uma legislação que impõe uma série de critérios para o seu funcionamento; desde adaptações físicas, como piso antiderrapante, barras de apoio, alteamento do vaso sanitário, sala para convivência, quartos

com, no máximo, quatro leitos, também estabelece um quadro mínimo de recursos humanos: profissional de nível superior para responder como Responsável Técnico, profissional de nível superior para atividades de lazer, cuidadores de acordo com o grau de dependência do idoso, profissionais de limpeza, cozinha, lavanderia, podendo a entidade possuir também profissionais na área da saúde. (RDC 283, 2005).

Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, ILPI são “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania”. Portanto, trata-se de domicílios coletivos que oferecem cuidados e algum tipo de serviço de saúde (RDC 283, 2005).

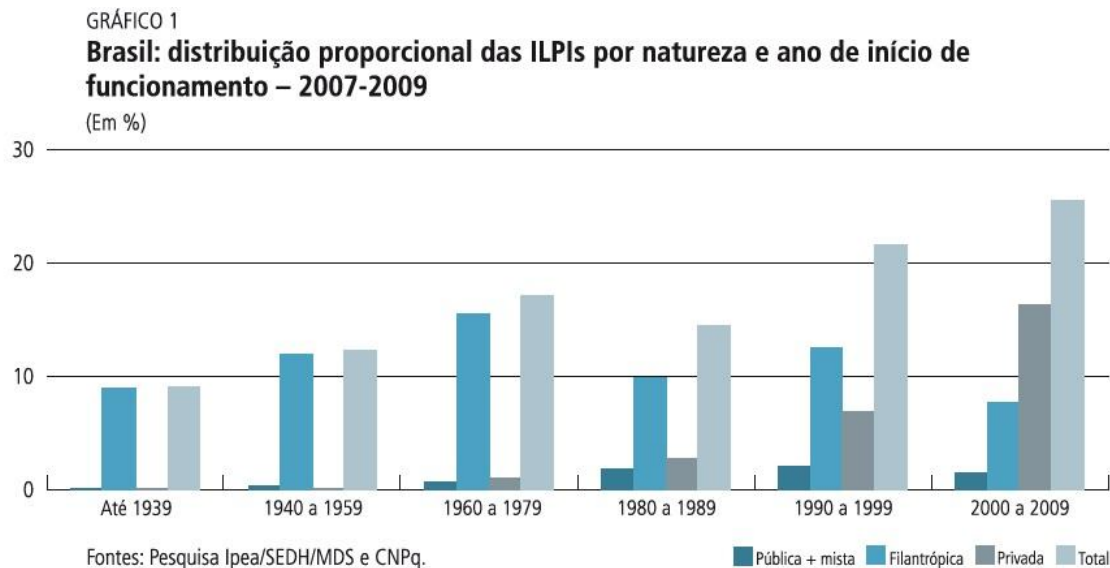
Giacomin (2010, p.233) alerta que:

Apenas 1% dos idosos brasileiros encontra-se em ILPI. Essa cifra de institucionalização tão baixa não é resultado do respeito ao Artigo 230 da CF de 1988 nem de uma vasta rede de cuidados ou de vínculos familiares explicados pela cultura latina. Ela revela, principalmente: a total falta de opções ou de apoio para o cuidado ao idoso frágil; o preconceito social que culpabiliza quem institucionaliza o parente e a crescente dependência familiar da renda do idoso e, portanto, de sua permanência no domicílio (GIACOMIN, 2010).

O IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada realizou uma pesquisa em todo o Brasil para levantar os dados sobre a institucionalização dos idosos. Verificou-se a existência de 2.255 instituições, sendo que 90% responderam à pesquisa, estando acolhidos 83.870 idosos, representando 0,5% da população total de idosos.

Sem a intenção de abordar as questões levantadas na pesquisa, é importante ressaltar a natureza dessas instituições, considerando quantas são filantrópicas, quantas são privadas e quantas são religiosas, uma vez que a pesquisa mostra que, em todo o Brasil, o número de instituições filantrópicas (sem fins lucrativos) está diminuindo, enquanto que as entidades privadas com fins lucrativos estão aumentando. Das 3.548 instituições, foi identificado que 96,7% são privadas, 67,0% sem fins lucrativos (filantrópicas) e 29,7% com fins lucrativos. As demais são 2,5% públicas e 0,7% mistas. Entre as filantrópicas predominam as religiosas, 40,0% (IPEA, 2010). Na primeira década deste século, 245 instituições filantrópicas e 520 privadas com fins lucrativos começaram a funcionar revelando o grande crescimento destas últimas. (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

Gráfico 2 – Distribuição proporcional das ILPI por natureza e ano de início de funcionamento – 2007 – 2009



Os serviços oferecidos nessas instituições também foram pesquisados, sendo verificada a seguinte situação: na região Sudeste, os serviços mais citados pelas ILPI foram os médicos, 63,9%, e os de fisioterapia, 61,3%. Os serviços médicos oferecidos pelas instituições não são suficientes para atender a demanda dos residentes, pois 93,2% das instituições da região Sudeste declararam recorrer aos postos de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, 46,0% informaram que os seus residentes usam serviços particulares, incluindo planos de saúde. Além dos serviços médicos, 32,7% informaram oferecer terapia ocupacional e apenas 23,3% serviços psicológicos. Cursos diversos foram oferecidos por 29,6% e atividades educacionais por 12,3% (IPEA, 2010).

Como resultado de uma inspeção conjunta da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB e do Conselho Federal de Psicologia – CFP, nas ILPI, no Brasil, foi identificado que essas entidades funcionam com um número insuficiente de profissionais e técnicos habilitados, provocando ameaça à saúde e à vida dos idosos acolhidos (Brasília, CFP, 2008).

2.4 Acolhimento Institucional para Idosos em Belo Horizonte

A Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social – SMAAS, vinculada à Secretaria Municipal de Políticas Sociais, é responsável pela gestão da Política de Assistência Social no

Município de Belo Horizonte. Ela coordena e executa os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais diretamente em equipamentos e espaços próprios e, indiretamente, por meio de parcerias estabelecidas em convênios com organizações não governamentais.

As ofertas da Assistência Social organizam-se em dois tipos de proteção, a Proteção Social Básica que já foi apresentada neste estudo e a Proteção Social Especial que é modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infanto-juvenil, dentre outras, e que também já foi apresentada neste trabalho.

Em 2016 foi criado um GT - Grupo de Trabalho, com a participação das Secretarias de Saúde, Assistência Social, de Direitos de Cidadania, de Segurança Alimentar e Nutricional, de Educação, de Esporte e Lazer e Fundação de Cultura, coordenado pela Secretária Municipal de Políticas Sociais com o intuito de desenvolver e melhorar serviços, programas e projetos de atendimento à população idosa do município.

Ao analisar os programas e projetos incluídos aí, percebe-se que o idoso passou a ser alvo de atenção em várias políticas públicas, como Saúde, Assistência Social, Educação, Segurança Alimentar, dentre outras. Como objetivo desse Programa estava a ampliação das ações de promoção do envelhecimento ativo e ações de cuidado à população idosa prioritária, aquelas que são dependentes, semidependentes, deficientes, vulneráveis e as que estão com direitos violados, no intuito de aumentar o número de idosos que participam de programa de promoção ao envelhecimento ativo e melhorar as condições de atendimento às pessoas idosas necessitadas.

A partir dessa premissa, foram melhorados alguns programas já existentes e criados outros, como o Maior Cuidado, onde a Prefeitura disponibiliza um cuidador para ir ao domicílio do idoso semidependente ou dependente, para prestar cuidados básicos de vida diária.

Com relação ao acolhimento institucional, esse Projeto Sustentador previu a ampliação da capacidade de atendimento com o aumento no número de vagas disponíveis, bem como a ampliação do financiamento, conforme quadro abaixo:

Tabela nº 1. Financiamento das ILPI – Belo Horizonte, 2009 a 2016.

Grau de dependência	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
I – Independente	50,00	50,00	240,00	450,00	450,00	473,00	530,00	562,00
II – Semi Dependente	200,00	200,00	354,94	625,00	831,00	1.000,00	1.123,00	1.190,00
III - Dependente	200,00	200,00	500,00	937,50	1.246,50	1.500,00	1.685,00	1.786,00

Nos últimos oito anos (de 2009 a 2016) houve um avanço de mais de 1000% no valor da per capita para idosos independentes, 500% para o semidependente e mais de 750% para o dependente. Isso denota uma preocupação com a oferta desse serviço, tendo em vista o público alvo que é idoso em situação de vulnerabilidade social e com um quadro de dependência clínica funcional. Porém, esse investimento ainda é insuficiente. O custo de um idoso institucionalizado pode chegar ao dobro do valor per capita repassado para a rede conveniada.

Em 2014 foram ampliadas 75 vagas para pessoas idosas e em 2015 foram mais 37 ampliações, totalizando 124 novas vagas ofertadas desde 2013. O número de idosos atendidos passou de 880, em 2014, para 917 em 2016. Sendo que a Prefeitura ampliou o número de entidades conveniadas de 22 para 24 (22 ILPI, 01 Casa Lar e 01 república).

Percebe-se uma tentativa de avanço no atendimento à rede de acolhimento institucional para idosos, conveniada com a Prefeitura, que começou a melhorar o investimento financeiro e o acompanhamento às instituições. A Gerência de Acolhimento Institucional, da qual a autora foi gerente, supervisiona essas entidades na execução do serviço prestado, semanalmente, através de uma equipe composta por profissionais de serviço social e psicologia. Esses profissionais acompanham a rotina da entidade no que diz respeito tanto às questões da estrutura física quanto nas questões do atendimento direto ao idoso, auxiliando os profissionais da instituição por meio de orientações, articulação com a rede de serviços,

discussão de casos e outros. Porém, o dia a dia do acompanhamento a essa rede nos mostra que o município ainda precisa avançar muito no quesito financiamento, para que, principalmente os idosos dependentes, tenham garantia no atendimento.

O perfil dos idosos para acolhimento institucional, conforme determinam as legislações pertinentes e diretrizes da Assistência Social de Belo Horizonte (Política Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso, dentre outras) é:

- Pessoas com 60 anos ou mais, com diversos graus de dependência;
- Morador de Belo Horizonte;
- Em situação de violação de direitos;
- Sem condições de autossustento;
- Vínculos familiares muito fragilizados ou rompidos.

Os encaminhamentos feitos pela gerência, para as entidades conveniadas, são de idosos acompanhados pelos:

- CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social, depois de serem realizadas todas as intervenções necessárias com o objetivo de manter o idoso em seu ambiente familiar e/ou comunitário;
- Pelos CRAS – Centro de Referência da Assistência Social, quando verificada a inexistência de vínculos familiares e quando o idoso já está dependente para as atividades de vida diária;
- Serviços da Secretaria Municipal de Saúde SMSA - hospitais, unidades de pronto atendimento e centros de saúde;
- Órgãos de Defesa de Direitos - Promotoria, Conselho Municipal do Idoso e as diversas Varas de Justiça.

A população idosa de Belo Horizonte corresponde a 14% da população do município, aproximadamente 336 mil pessoas, sendo que 1% dessas pessoas idosas está institucionalizada (SAÚDE, 2012). Existe uma crescente demanda para acolhimento de pessoas idosas com diversos graus de dependência, principalmente para idosos que necessitam de cuidados de longa duração.

Quanto maior o número de idosos dependentes, maior o número de cuidadores e outros profissionais que a entidade precisa ter, de acordo com as normativas existentes (RDC 283/05, ANVISA).

Essa legislação traz uma série de exigências com relação à necessidade de um espaço físico adaptado, com rampas adequadas, piso antiderrapante, barras de apoio em áreas de circulação e nos banheiros, quartos com uma capacidade máxima para até quatro idosos, com distância mínima entre uma cama e outra (ANVISA , 2005).

Com relação ao quadro de Recursos Humanos não é exigido profissional de saúde, porém o estudo do IPEA demonstra que a maioria das instituições possui algum funcionário da área da saúde, como técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas e outros (IPEA, 2008). Belo Horizonte possui a Portaria 012 de 2015, específica para normatizar o funcionamento das ILPI, onde é previsto a necessidade de encaminhamento para profissionais especializados, conforme a necessidade do idoso, além de exigir um profissional da área nutricional, em caso de idosos que tenham alimentação enteral.

Todas as entidades conveniadas com a Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social de Belo Horizonte possuem dois técnicos de nível superior: um assistente social e um psicólogo, que ficam responsáveis por fazer o atendimento individualizado dos idosos, proporcionando fortalecimento e/ou resgate de vínculos familiares e comunitários. Para padronizar o atendimento individualizado, a Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social estabeleceu um modelo de estudo de caso a ser desenvolvido em todas as entidades, sempre com o foco no fortalecimento de vínculos familiares, verificando as possibilidades de reintegração.

A Fundação João Pinheiro realizou, em 2011, pesquisa para levantar dados de ILPI de Minas Gerais, dividindo-as, para a análise, em três grupos: Belo Horizonte; demais municípios da RMBH (exclui-se Belo Horizonte); e municípios do interior (exclui-se a RMBH). A amostra contou com 68 ILPI (42 privadas e 26 filantrópicas) em Belo Horizonte, 37 (duas privadas e 35 filantrópicas) nos demais municípios da RMBH, e 30 (quatro privadas e 26 filantrópicas) no interior de Minas Gerais. No conjunto dessas instituições, residiam 4.041 idosos (1.369 homens e 2.672 mulheres), sendo que apenas uma ILPI era exclusiva para homens e 25 exclusivas para mulheres.

A maioria das instituições (80,7%) era mista, com dormitórios separados por sexo. Foi constatado que as ILPI possuem lista de espera, acolhem idosos de acordo com alguns critérios como situação econômica e grau de dependência, sendo que, em algumas ILPI, o idoso dependente era recusado, uma vez que o custo para sua manutenção é alto e a necessidade de cuidados é maior. Camargos (2013, p.216) ressalta que:

...mesmo que ocorram melhorias na saúde da população, permitindo que as pessoas envelheçam com autonomia e independência, o envelhecimento populacional, associado ao aumento da expectativa de vida e aos novos arranjos familiares, tende a ampliar ainda mais a demanda por vagas nessas instituições. Resta agora pensar no que fazer com a demanda atual e planejar o futuro, em um momento em que, para cada cinco pessoas, uma será idosa (CAMARGOS, 2013).

2.5 Censo SUAS

A Vigilância Socioassistencial é uma função da Política de Assistência Social que se organiza a partir de dois eixos: o primeiro é a vigilância de riscos e vulnerabilidades e o segundo é a vigilância sobre padrões de qualidade.

O Censo SUAS é o principal instrumento da vigilância no que diz respeito aos padrões de serviços ofertados pelo SUAS. Atende, primordialmente, à atividade de monitoramento e avaliação, e também pode ser utilizado para auxiliar nas ações voltadas para a organização, estruturação e padronização da informação e diagnósticos socioassistenciais.

O Censo SUAS é realizado anualmente desde o ano de 2007 e foi instituído pelo Decreto No. 7.334/2010. Ressalta-se que o Censo SUAS é a forma dos municípios ou estados demonstrarem a implantação das unidades socioassistenciais, bem como a oferta regular dos serviços (cofinanciados ou não pelo MDSA – Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário). Diante disso, se não há o preenchimento do Censo SUAS, o MDSA entende que a unidade não está em funcionamento, portanto, a unidade é “inativada” no CADSUAS (sistema informatizado onde são cadastradas todas as entidades socioassistenciais) e o repasse de recurso, de qualquer órgão público, pode ser suspenso.

Na sua edição de 2016, o CENSO SUAS foi composto pelos seguintes questionários: CRAS, CREAS (incluindo as unidades regionais), CENTRO POP, Unidades de Acolhimento,

Centros de Convivência, Gestão Municipal, Gestão Estadual, Conselhos de Assistência Social e Centro Dia (serviço da Proteção Social Especial- PSE para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias). Inserido no questionário das Unidades de Acolhimento, estão as informações sobre as ILPI.

2.6 A Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida (QV) é subjetivo e, ainda, não há um consenso sobre sua definição na literatura. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) esse conceito está diretamente relacionado com o conceito de saúde, sendo este último entendido como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença (WHO, 1946). Assim, a OMS reuniu especialistas de várias partes do mundo que definiram qualidade de vida como a *“percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (The WHOQOL Group, 1995).

Assim, Qualidade de Vida está relacionada tanto com as condições de saúde de uma pessoa, quanto com o meio no qual ela está inserida, levando-se em conta os aspectos físicos e sociais, as questões relacionadas ao corpo, à mente e ao meio ambiente. Esta multidimensionalidade se reflete na dificuldade de avaliar a QV, principalmente a de idosos institucionalizados (KANE, 2003; PÓVOA, 2013).

Envelhecer bem é estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas em relação ao futuro, e depende da capacidade de manter ou restaurar o bem-estar subjetivo numa época em que mais se está exposto a riscos e crises de natureza biológica, psicológica e social (NERI, 2007). Quando o idoso é institucionalizado, precisa se adequar às normas/regras da entidade, num domicílio coletivo, o que vai exigir maior capacidade de resiliência. O processo do envelhecimento pode ficar mais comprometido, uma vez que o idoso está mais distante do seu grupo social, como a família, amigos ou a comunidade onde vivia (MOTTA, 1995). Identificar fatores que promovam sua adaptação e as demandas que surgem pode contribuir para uma melhor qualidade de vida dessa pessoa.

Dentre os instrumentos utilizados para avaliar a QV, encontra-se aquele desenvolvido pela OMS, criado numa perspectiva transcultural, seguindo uma metodologia com representação de vários países, inclusive tendo sido desenvolvida uma versão brasileira. Composto por 100 questões tem seu uso restrito por demandar muito tempo para a sua aplicação. Surgiu, então, a necessidade de se criar um instrumento mais curto, mas com características psicométricas satisfatórias. A versão abreviada, o WHOQOL-bref, consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais representando cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. O WHOQOL-bref é composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O Grupo de especialistas da OMS diz que “o que está em questão não é a natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional ou do estado psicológico, ou ainda como o profissional de saúde ou um familiar avalia essas dimensões: é a percepção do respondente/paciente que está sendo avaliada”.

No decorrer dos estudos sobre QV de idosos, em especial daqueles residentes em ILPI, encontraram-se algumas pesquisas que além de usar o instrumento WHOQOL bref, utilizam, como complemento, o WHOQOL OLD, que é a parte do instrumento que possui algumas questões próprias para pessoas idosas, composto por 24 perguntas. Porém, as questões são gerais e não específicas para idosos institucionalizados, sendo que algumas já ficariam com uma resposta de cunho negativa, por não traduzirem a realidade das limitações advindas das normas internas das entidades que atendem um coletivo de pessoas.

O instrumento Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos, (PÓVOA, 2013), baseado no instrumento Quality of Life Scales for Nursing Home Residents, da pesquisadora americana, na área do envelhecimento, Rosalie Kane, avalia a qualidade de vida com foco na questão da institucionalização (KANE, 2003). O Center of Medicare and Medicaid Services solicitou à Escola de Saúde Pública da Universidade de Minnessota, mais precisamente à equipe liderada por Rosalie Kane, o estudo de nome “Measurement, Indicators and Improvement of the Quality of life in Nursing Homes”, com o objetivo de desenvolver parâmetros de avaliação e QV de idosos residentes em ILPI, dando ênfase aos aspectos psicológicos e sociais da qualidade de vida desse público.

A qualidade de vida para idosos residentes em ILPI é um produto de quatro fatores que correspondem ao estado de saúde, à situação social (incluindo o suporte familiar fora da

entidade), à personalidade e ao cuidado e ambiente que é oferecido ao idoso pela entidade (KANE, 2003). Percebe-se que o conceito é ampliado, uma vez que diz respeito tanto às questões da subjetividade do indivíduo (fatores intrínsecos), como também aos fatores extrínsecos que são aqueles proporcionados pela entidade, tendo em vista que essa pessoa idosa poderá permanecer até o final de sua vida nesse local, precisando se adaptar às regras da convivência em grupo. Sendo assim, pode-se dizer que a qualidade de vida de idosos residentes em ILPI diz respeito também aos cuidados dispensados no local onde reside, sua interação com os profissionais e o ambiente. Considerando que a QV é um conceito subjetivo e envolve dimensões multifacetadas, pode-se dizer que ninguém melhor que o próprio idoso para falar sobre o assunto.

Foi pensando nisso que Kane (2003, p.33) criou um instrumento com a finalidade de avaliar a QV de idosos residentes em ILPI, e Póvoa (2013, p.27,60) o utilizou, validando-o a partir da aplicação em uma ILPI de Portugal. Tal instrumento também foi traduzido, adaptado e validado, no Brasil, por pesquisadores da Universidade Federal de São Carlos (ORLANDI, 2017).

Considerando todo o contexto descrito acima sobre o envelhecimento da população, a importância de se ter qualidade de vida e a necessidade de cuidado às pessoas idosas frágeis, e sendo as ILPI uma das possibilidades de oferta de cuidado, esse estudo pretende avaliar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, bem como descrever a estrutura das ILPI conveniadas com a SMAAS e identificar o perfil desses idosos. A partir das informações e dos dados levantados será possível sugerir ao órgão gestor da Política de Assistência Social adequações no atendimento ofertado pela rede, identificadas a partir da visão do próprio idoso institucionalizado.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência em Belo Horizonte.

3.2 Objetivos específicos

1. Descrever o perfil sociodemográfico dos idosos residentes;
2. Caracterizar as Instituições de Longa Permanência;
3. Identificar fatores associados à Qualidade de Vida em idosos institucionalizados.

4. METODOLOGIA

Estudo transversal realizado em 22 ILPI conveniadas com a Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social do município de Belo Horizonte. As instituições estão categorizadas por porte. As entidades que acolhem até 20 pessoas idosas são consideradas de pequeno porte, de 21 a 40 pessoas idosas, de médio porte e acima de 41, são as de grande porte.

A opção de se estudar entidades conveniadas foi definida considerando a logística e o acesso às informações em decorrência de dispositivos legais que preveem o monitoramento pela Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. Foram excluídas duas entidades - uma Casa Lar⁴ e uma República⁵ que, apesar de serem conveniadas, atendem um público diferente das incluídas no estudo.

4.1 População Alvo

Idosos, pessoas com 60 anos ou mais (ESTATUTO DO IDOSO, 2003), residentes nas instituições de longa permanência, com condições cognitivas apropriadas para responderem ao instrumento de mensuração da qualidade de vida, segundo percepção dos cuidadores, técnicos de nível superior (psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros ou fisioterapeutas).

4.2 Critérios de exclusão

Idosos classificados, nos prontuários, como portadores de alto grau de demência ou transtorno mental grave e aqueles impossibilitados de manter uma comunicação inteligível (com problemas graves na fala e/ou audição).

4.3 Procedimentos

- **Caracterização das instituições.**

⁴ Casa Lar – é uma alternativa de residência para pequenos grupos, de no máximo oito idosos, com mobiliário adequado e pessoa habilitada para apoio às necessidades diárias do idoso. Destina-se principalmente a idoso que apresente algum tipo de dependência. (Portaria 2874/2000)

⁵ República – Serviço de acolhimento destinada a idosos com capacidade de gestão coletiva da moradia e condições de desenvolver, de forma independente, as atividades da vida diária (Res. 109, p.39).

Identificação das ILPI: a relação das entidades foi obtida na Secretaria Municipal Adjunta de Assistência social, após autorização e anuência do Secretário para o acesso aos dados e realização da pesquisa. A relação dos idosos e seus dados demográficos foram obtidos do Sistema de Informação de Gestão das Políticas Sociais – SIGPS e validados posteriormente com os técnicos das ILPI. Cada ILPI recebeu um número, não sendo possível sua identificação por terceiros.

A caracterização da estrutura da ILPI foi feita por meio de dados secundários – Censo SUAS 2016, fornecidos pela Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. Comparou-se com os dados de 2015, no intuito de verificar se houve alteração na rede de acolhimento institucional para idosos no município.

- **Avaliação da qualidade de vida**

Os presidentes e/ou coordenadores das ILPI foram contatados para apresentação da pesquisa e após autorização e anuência foram agendadas as visitas para aplicação dos instrumentos Índice de Katz e Escala de Qualidade de Vida para Idosos residentes em ILPI (KANE et Al, 2003; PÓVOA, 2010).

Inicialmente foi aplicado, em todos os idosos, o instrumento Índice de Katz para verificar o grau de dependência para realização de atividades básicas de vida diária.

Os idosos foram orientados sobre as questões, sua importância e função, e que as deveriam responder de forma simples, sem se preocuparem com o acerto, pois não existem respostas certas ou erradas.

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o instrumento Escala de Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados (KANE et Al, 2003; PÓVOA, 2010), aplicado por profissionais de nível superior (dois psicólogos e duas enfermeiras), devidamente treinados, além da própria pesquisadora.

Esse instrumento analisa onze domínios da QV: segurança, conforto físico, satisfação com a alimentação, atividades significativas, relacionamentos, competências funcionais, dignidade, privacidade, individualidade, autonomia e espiritualidade. Esses domínios possuem três características comuns: cada um deles é uma necessidade humana universal, podendo ser suprida ou não no processo de prestação de serviços, e cada necessidade pode ser suprida por entidades de acolhimento para idosos (KANE et Al, 2003; PÓVOA, 2010).

Cada domínio contém perguntas cuja resposta varia de acordo com a frequência de sua ocorrência, classificado numa escala Likert que varia de “nunca” a “muitas vezes” sendo que as respostas foram analisadas através de escores calculados a partir dessas variáveis qualitativas ordinais e representaram indicativos da qualidade de vida desses idosos. As categorias (ou níveis) destas variáveis foram codificadas assim: (-2) para resposta muito desfavorável, (-1) para respostas pouco desfavorável, (1) para resposta favorável e (2) para resposta muito favorável (WITTKOWSKI et al.,2004).

4.4 Análise de Dados

Os dados primários foram lançados em planilhas do Excel pela pesquisadora e para a análise foi utilizado o programa SPSS versão 20 e o Programa R Core Team 2016.

As variáveis categóricas relativas às características sociodemográficas dos idosos e das instituições foram apresentadas por distribuição de frequência, diagramas em caixas, correlação de Spearman expresso pelo correlograma e análise de correspondências.

Calcularam-se as medidas de tendência central e utilizou-se o percentil para classificar a qualidade de vida global em três níveis: Os escores até o percentil 33,3 foram considerados como QV Baixa, entre 33,4 a 66,6, QV Média e acima de 66,7 QV Alta.

A distribuição desses escores foi comparada segundo outras variáveis qualitativas, como, por exemplo, variáveis do perfil sociodemográfico, da estrutura, da oferta de atividades socioculturais, entre outras.

A Análise de Correspondência (AC), considerada uma técnica multivariada, foi utilizada para verificar associações entre as variáveis referentes aos idosos e instituições com o escore da Qualidade de Vida (GREENACRE, 1984, 2007).

4.5 Considerações éticas

O presente estudo foi aprovado pelo COEP-UFMG, ÉTICA N° 60625816.0.0000.5149, 26/11/2016. As ILPI e os idosos participantes não serão identificados.

5 RESULTADOS

Entre setembro de 2016 e março de 2017, foram visitadas todas as 22 ILPI conveniadas com a SMAAS, sendo cinco de pequeno porte, nove de médio porte e oito de grande porte. Essas instituições podem receber até 890 idosos, estando acolhidos, no período do levantamento dos dados, 794, representando 89% da capacidade. Após a identificação e exclusão de seis indivíduos com idade inferior a 60 anos, restaram 788 idosos institucionalizados e avaliados em relação ao seu grau de cognição.

A maioria dos idosos era do gênero feminino 612 (77,7%), cor/raça preta/parda 440 (56%), na faixa etária de 80 anos ou mais (53,6%), solteiros 491 (62,3%) e com o ensino fundamental incompleto 415 idosos (53%). Nota-se que mais de 420 (53%) dessas pessoas estavam acolhidas em instituições de grande porte, com capacidade para mais de 40 pessoas. Interessante a presença de 13 pessoas idosas com 100 ou mais anos (Tabela 02).

Tabela 02 – Dados sociodemográficos registrados no prontuário social de idosos residentes em ILPI. Belo Horizonte - 2016

Variáveis sociodemográficas	PORTE DA INSTITUIÇÃO						TOTAL	
	PEQUENO		MÉDIO		GRANDE			
	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXO								
Feminino	83	13,6	242	38,5	287	46,9	612	77,7
Masculino	6	3,4	37	21,0	133	75,6	176	22,3
FAIXA ETÁRIA								
De 60 A 79	33	9,0	118	32,2	215	58,7	366	46,4
80 ou mais	56	13,3	161	38,2	205	48,6	422	53,6
COR/RAÇA								
Amarela	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	0,0
Branca	42	12,2	119	34,6	183	53,2	344	43,7
Parda	32	11,3	106	37,5	145	51,2	283	36,0
Preta	15	9,6	53	33,8	89	56,7	157	20,0
ESTADO CIVIL								
Casado	1	2,2	12	26,7	32	71,1	45	5,7
Divorciado	6	13,3	15	33,3	24	53,3	45	5,7
Separado	2	9,5	11	52,4	8	38,1	21	2,7
Solteiro	48	9,8	170	34,6	273	55,6	491	62,3
Viúvo	32	17,5	71	38,8	80	43,7	183	23,2
ESCOLARIDADE								
Alfabetizado	1	3,6	27	96,4	0	0,0	28	0,4

Analfabeto	35	13,2	61	22,9	170	63,9	266	33,8
Fundamental completo	6	26,1	8	34,8	9	39,1	23	0,3
Fundamental incompleto	40	9,6	152	36,6	223	53,7	415	53,0
Médio completo	3	7,9	21	55,3	14	36,8	38	0,5
Médio incompleto	0	0,0	6	85,7	1	14,3	7	0,1
Superior	4	40,0	4	40,0	2	20,0	10	0,0

A comparação dos dados do Censo Suas 2016 com os obtidos nas entrevistas conduzidas no presente estudo apontam similaridade do perfil dos acolhidos. Predomínio de mulheres 78%, prevalecendo os idosos na faixa etária de 80 anos ou mais, 53% (418). Algumas unidades acolhiam ou mantinham acolhidas pessoas fora da faixa etária de referência, ou seja, abaixo de 60 anos de idade (Tabela 03).

Tabela 03 – Distribuição de idosos residentes em ILPI segundo Sexo e Faixa etária. Censo SUAS – 2016

SEXO/FAIXA ETÁRIA	60 A 79 ANOS		80 OU MAIS		TOTAL
	N	%	N	%	N
Masculino	121	69,0%	55	31,0%	176
Feminino	254	41,0%	363	59,0%	617
Total	375		418		793

Fonte: Censo SUAS/MDSA

Metade (53%) dos idosos é residente há mais de quatro anos e 46% são totalmente dependentes para atividades de vida diária básica, enquanto 34,3% são semidependentes, totalizando 80% de pessoas com necessidade de ajuda para a realização de três ou mais atividades básicas de vida diária (Tabela 04).

A quase totalidade (99,6%) possuía algum benefício, entre aposentadoria/pensão (61,2%) ou BPC (37,6%).

Observou-se que 77% dos idosos mantinham algum tipo de referência familiar. Durante o período da pesquisa, 22 idosos (3%) vieram à óbito.

Tabela 04 – Registros no prontuário social de idosos residentes em ILPI, segundo porte da instituição, benefícios, tempo de acolhimento e grau de dependência. Belo Horizonte – 2016.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	PORTE DA INSTITUIÇÃO						TOTAL	
	PEQUENO		MÉDIO		GRANDE		N	%
	N	%	N	%	N	%		
BENEFÍCIO								
Aposentadoria	51	12,3	181	43,7	182	43,9	414	52,5
BPC*	24	8,1	77	25,9	196	66,0	297	37,6
Pensão	13	18,8	20	29,0	36	52,2	69	8,7
Sem benefício	0	0,0	1	33,3	2	66,7	3	0,4
REFERÊNCIA FAM.								
Não	13	7,2	58	32,0	110	60,8	181	23,0
Sim	76	12,5	221	36,4	310	51,1	607	77,0
GRAU DEPENDÊNCIA								
Grau I	26	16,8	54	34,8	75	48,4	155	19,6
Grau II	33	12,2	59	21,9	178	65,9	270	34,3
Grau III	30	8,3	166	45,7	167	46,0	363	46,0
TEMPO DE ACOLHIMENTO								
Até 12	10	12,3	25	30,9	46	56,8	81	10,3
De 13 a 24	12	10,3	49	42,2	55	47,4	116	14,7
De 25 a 48	25	14,4	80	46,0	69	39,7	174	22,0
De 49 a 72	8	8,7	34	37,0	50	54,3	92	11,7
73 ou mais	34	10,5	91	28,0	200	61,5	325	41,2
COGNITIVO PRESERVADO								
Não	37	10,0	127	34,2	207	55,8	371	47,0
Sim	48	12,2	145	36,7	202	51,1	395	50,0
Óbito	4	18,2	7	31,8	11	50,0	22	2,8

*Benefício de Prestação Continuada

Caracterização das ILPI de acordo com o Censo SUAS - 2016

Em Belo Horizonte, responderam ao questionário 27 unidades de acolhimento para idosos, dentre conveniadas e não conveniadas com a PBH. Nos resultados ora apresentados serão focalizadas as unidades conveniadas com a PBH, totalizando 22 questionários. O período de levantamento dos dados foi de julho a agosto de 2016, sendo realizado pela SMAAS.

- **Caracterização da Unidade**

As entidades que atendem o público idoso e que participaram do Censo, são do tipo Abrigo Institucional, sendo composto por 22 unidades de natureza não governamental e possuem convênio com a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, de quem recebem recurso financeiro para o custeio.

Dentre as outras formas de apoio do poder público, declaradas pelas unidades entrevistadas, destacam-se o “fornecimento de gêneros alimentícios” (20 unidades), o “treinamento e capacitação de trabalhadores da entidade” (20 unidades) e “isenção de taxas ou tributos municipais” (duas unidades). A totalidade das unidades não possui termo de parceria, acordo, convênio ou qualquer outra forma de contratualização para recebimento de usuários de outros municípios.

Todas possuem inscrição no CMAS – Conselho Municipal de Assistência Social, e 20 delas estão inscritas no Conselho Municipal do Idoso - CMI.

Das unidades entrevistadas, a grande maioria (81,8%) possui orientação religiosa.

Quanto ao porte, 40,9% são de médio porte, seguidas daquelas de grande porte (36,4%). E cinco unidades são caracterizadas como de pequeno porte.

De maneira geral, prevalecem os dormitórios com até três pessoas, atingindo 50,0% das unidades. Seguem os dormitórios que abrigam de quatro a seis pessoas (41,0%).

Apenas quatro, das 22 unidades de acolhimento avaliadas, tinham idosos acolhidos encaminhados de outro município, totalizando 17 idosos que representam apenas 2,1% do total de acolhidos. Pouco mais da metade das unidades de acolhimento utilizam o critério de sexo para admissão. Deste modo, 12 unidades admitem apenas usuárias do sexo feminino, sendo as demais, mistas.

A totalidade das unidades de acolhimento para idosos aceita acolher pessoas com deficiência física/ sensorial/ intelectual, sendo que este público equivale a 54,3% dos acolhidos. Apenas uma unidade não aceita receber idosos com transtorno mental e esta característica está

presente em 29,5% dos idosos acolhidos. Observa-se que 12 entidades não aceitam acolher refugiados ou imigrantes, nove não aceitam indígenas e 10 não aceitam travesti, transexual e transgênero.

Quanto aos prontuários de atendimento e Plano Individual de Atendimento - PIA, o índice de utilização é de 100% nas unidades de acolhimento para idosos. Com relação à possibilidade de visitas nas entidades, a grande maioria permite visitas diariamente de familiares (95,5%), sendo que em uma unidade as visitas são de 3 a 6 dias na semana.

“Passeios com usuários” foi a única atividade realizada por todas as unidades. As outras mais frequentes, com índices superiores a 90% são: “discussão de casos com outros profissionais da rede” e “promove contato e a participação da família na vida do usuário”. Já a “organização e discussão das rotinas das Unidades com os acolhidos” foi uma das atividades menos promovidas nas unidades de acolhimento. Ressalta-se que apenas 59% (13) unidades realizam visitas domiciliares à família dos idosos acolhidos.

Tabela 05- Atividades promovidas pelas ILPI de Belo Horizonte - 2016

ATIVIDADES	FREQ.	%
Visitas domiciliares da equipe técnica da Unidade à família do usuário	13	59,1
Atendimento psicossocial individualizado/em grupo	19	86,4
Palestras / oficinas	17	77,3
Discussão de casos com outros profissionais da rede	20	90,9
Passeios com usuários	22	100,0
Promove contato e a participação da família na vida do usuário	20	90,9
Promove atividades com participação da Comunidade	19	86,4
Promove a participação das pessoas acolhidas em serviços, projetos ou atividades existentes na comunidade	18	81,8
Organização e discussão das rotinas das Unidades com os acolhidos	15	68,2

Fonte: Censo SUAS/MDSA

Quando do desligamento do usuário do serviço, sete entidades (32,0%) não realizam acompanhamento e 11 (50%) acompanham por menos de três meses. As articulações mais presentes entre as

unidades de acolhimento com outras instituições e órgãos, são “dados de localização”, “troca de informações”, “encaminhamento de usuários” e “recebimento de usuários encaminhados”. Por outro lado, Centro Dia e Centro Pop são os serviços/equipamentos onde não há articulação com as unidades de acolhimento.

- **Estrutura física e área de localização da Unidade**

Com relação à localização das unidades de acolhimento, verificou-se que pouco mais da metade das unidades, 12 (54,5%) localizavam-se em área mista (área tanto residencial quanto comercial), seguidas de 10 unidades (45,5%) que se encontravam em área exclusivamente residencial. De modo geral, as unidades estão servidas de transporte público, já que 21 unidades (95,5%) tinham à disposição o ponto de transporte a menos de 1000m da unidade.

Com relação ao espaço físico das entidades, percebeu-se que das 22 ILPI, apenas duas possuíam imóvel alugado. Os espaços existentes são bem distribuídos, sendo que todas as unidades possuíam quartos, salas de estar ou de convivência, banheiros, sala de administração, sala para reuniões, sala para atendimento técnico, despensa, cozinha, lavanderia. Mas apenas 17 (77%) tinham área de recreação interna e 21 (95%) tinham área de recreação externa. Verificou-se também, que apenas seis unidades (27%) possuíam dormitório para descanso dos cuidadores.

Em todas as unidades de acolhimento existiam rotas de acessibilidade aos dormitórios, espaços de uso coletivos e banheiro, sendo que o banheiro também era adaptado para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida independentemente se estavam ou não de acordo com a ABNT. Já o acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até o interior da unidade estava presente em 19 (86,4%).

- **Recursos Humanos**

Os trabalhadores das unidades de acolhimento para idosos eram, em sua grande maioria, do sexo feminino (88,9%) e possuíam o ensino médio completo (43,2%). A maioria exercia a função de cuidador (36,8%), seguido da equipe técnica (14,1%) e serviços gerais (13,7%). Entre os que possuíam curso superior, 46 (16%) eram assistentes sociais e psicólogos e 49

(6,0%) profissionais da área de saúde (enfermeiros/técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas).

Avaliação da qualidade de vida

À princípio, a função cognitiva seria avaliada por meio do instrumento Mini Exame do Estado Mental – Minimental (FOLSTEIN et al, 1975). Entretanto, pelo baixo nível de escolaridade apresentado, considerado um limitante da aplicação do instrumento (MELO; BARBOSA, 2015) optou-se classificar essa função e rastrear quadros demenciais utilizando a avaliação dos profissionais de nível superior, responsáveis pelo cuidado cotidiano dos idosos, bem como diagnósticos existentes nos prontuários.

No momento do levantamento das informações sobre os idosos, os técnicos identificaram 395 idosos com capacidade cognitiva para responder à pesquisa. Destes, 48 idosos (12%) não participaram pelos seguintes motivos: 24 (6%) não aceitaram, quatro (1%) estavam ausentes em todos os momentos que a pesquisadora esteve na ILPI, uma foi reintegrada à família, duas (0,5%) estavam impossibilitadas (uma em uso de BIPAB com muita dificuldade para falar e outra muito agitada), quatro (1%) estavam internadas e 13 (3,3%) vieram a óbito. Sendo assim, a pesquisa foi realizada com a participação de 347 idosos.

Dos 347 idosos que responderam à pesquisa, 75,5% era do sexo feminino, 35% estavam na faixa etária de 80 anos a 89 e 40,3% possuíam grau de dependência II. Se considerarmos as faixas etárias entre 70 a 89 anos, temos 67% do total dos idosos (Tabela 06).

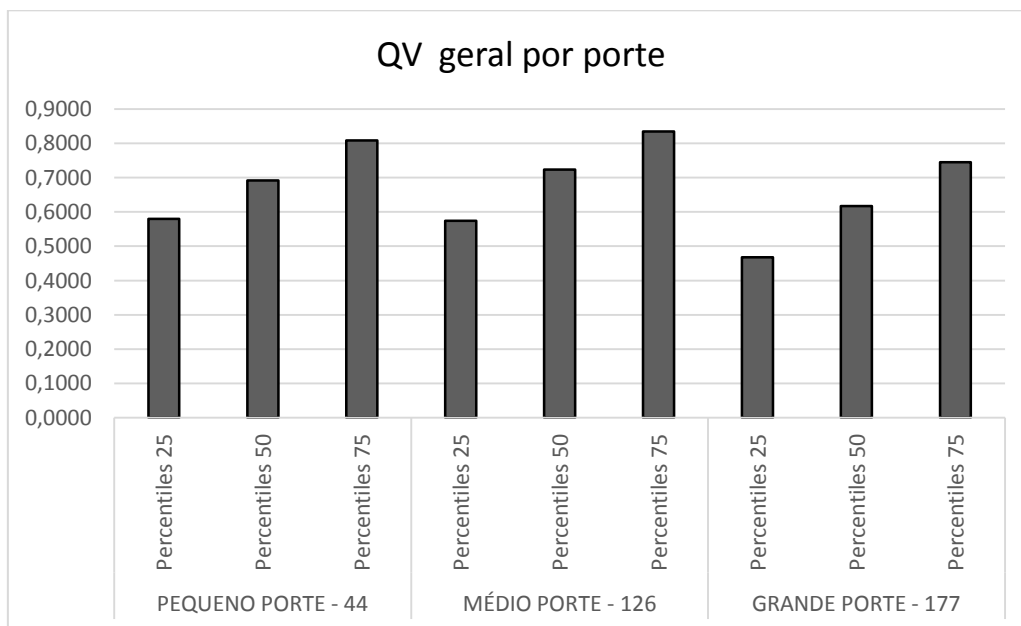
Tabela 06 – Dados sociodemográficos dos idosos institucionalizados entrevistados – Belo Horizonte, 2017.

VARIÁVEIS INDIVIDUAIS	Nº	%
Sexo		
Feminino	262	75,5
Masculino	85	24,5
Faixa etária		
De 60 a 69	64	18,4
De 70 a 79	111	32,0
De 80 a 89	121	35,0
90 e mais	51	14,6

Grau de dependência		
Grau I	124	35,7
Grau II	140	40,3
Grau III	83	24,0

Ao analisar a qualidade de vida geral por instituição (gráfico 03), observou-se que o escore da mediana mais alto pertence às ILPI de médio porte (0,72), sendo mais influenciada pelos domínios dignidade (1), bem-estar espiritual (1) e competências funcionais (0,95), conforme tabela 07. As entidades de médio porte possuíam o melhor escore, tanto se for considerado a mediana (0,72) quanto o percentil 75% (0,83).

Gráfico 3- Distribuição dos Percentis de Qualidade de Vida segundo o porte das ILPI. Belo Horizonte. 2017



A classificação da qualidade de vida por domínio (Tabela 07) revelou que o escore médio mais alto foi obtido pelo domínio Dignidade (0,91), seguido pelo Bem-Estar Espiritual (0,85). Em relação à mediana, os domínios Competências Funcionais e Dignidade foram os mais elevados com 0,95 cada, seguido do domínio Bem-Estar Espiritual com 0,94. Atividades Significativas obtiveram média e mediana mais baixas, respectivamente, 0,48 e 0,46.

Tabela 07 – Avaliação da qualidade de vida geral das ILPI, por domínio. Belo Horizonte – 2017.

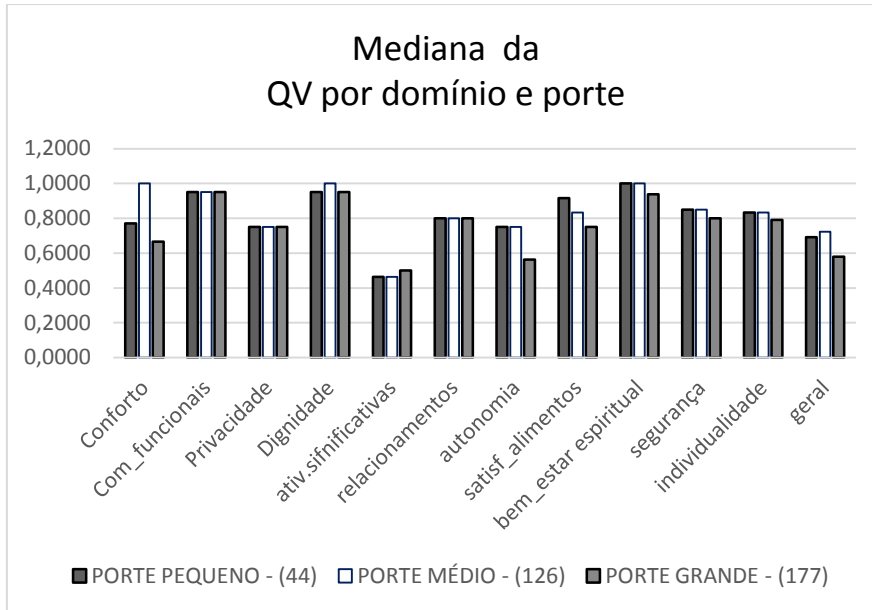
DOMÍNIO	MÉDIA	DESVIO			
		PADRÃO	PERC 25%	PERC50%	PERC 75%
Conforto	0,655	0,236	0,5	0,6667	0,8333
Competências funcionais	0,7806	0,32301	0,7	0,95	1
Privacidade	0,6942	0,22623	0,6	0,75	0,8
Dignidade	0,9065	0,15496	0,85	0,95	1
Atividades significativas	0,4772	0,19144	0,3214	0,4643	0,6071
Relacionamentos	0,7396	0,23693	0,6	0,8	0,95
Autonomia	0,6104	0,23123	0,5	0,6875	0,75
Satisfação c/ alimentos	0,757	0,24557	0,6667	0,75	1
Bem-estar espiritual	0,8473	0,20912	0,75	0,9375	1
Segurança	0,7939	0,21143	0,7	0,85	1
Individualidade	0,7375	0,23174	0,625	0,7917	0,9167
Padrão geral	0,6256	0,20913	0,5106	0,6596	0,766

Analisando a qualidade de vida por domínio e porte das instituições (gráfico 4), verificou-se que valores mais elevados da mediana foram alcançados nos domínios dignidade (1), bem-estar espiritual (1) e competências funcionais (0,95) nas ILPI de médio porte.

Tomando a mediana como referência, observou-se que os domínios com escores mais altos no grande porte foram competências funcionais e dignidade (0,95) seguido do bem-estar espiritual (0,94). No médio porte, verificou-se que os escores mais altos foram os domínios de dignidade e bem-estar espiritual (1,0), seguido pelo de competências funcionais (0,95). No pequeno porte teve-se o bem-estar espiritual (1,0), seguido do escore dignidade e competências funcionais (0,95). Verificou-se que os três domínios citados são os mais bem avaliados em todas as ILPI de ambos os portes.

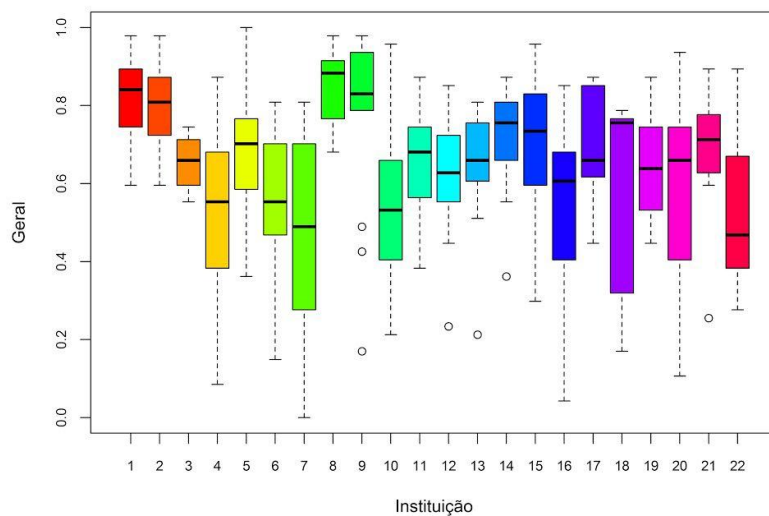
O domínio Atividades significativas obteve o escore mais baixo, nos três portes de ILPI, sendo o único domínio onde instituições de grande porte superaram as demais. Verificou-se que os domínios competências funcionais (0,95), privacidade (0,75) e relacionamentos (0,8) foram avaliados com os mesmos escores, independente do porte. Notou-se que no domínio conforto, o médio porte é que teve o escore da mediana mais alto (1,0). Enquanto que os domínios competências funcionais (0,95), privacidade (0,75) e relacionamentos (0,80) obtiveram os mesmos escores nos três portes.

Gráfico 4 – Qualidade de vida por domínio e porte das instituições de longa permanência, Belo Horizonte – 2017.



Considerando a avaliação geral, observou-se uma diferenciação entre todas as 22 instituições. A ILPI número oito apresentou o maior valor da mediana (0,9) e menor amplitude, enquanto a instituição número sete mostrou maior variabilidade nas respostas e o menor valor de mediana (0,5).

Gráfico 5 – Avaliação da qualidade de vida geral de todas as instituições de longa permanência, Belo Horizonte, 2017.



Legenda: ILPI pequeno porte: 1, 4, 13, 15 e 18; médio porte: 3, 5, 8, 9, 14, 16, 17, 19, 22; grande porte: 2, 6, 7, 10, 11, 12, 20, 21.

Classificação da Qualidade de vida

A qualidade de vida baseadas nas respostas de 347 participantes foi classificada em baixa, média e alta (Tabela 09), tendo sido considerada alta por 37% das pessoas idosas do sexo feminino e 31% do sexo masculino.

Entre as pessoas idosas, os da faixa etária com 90 anos ou mais, julgaram ter alta QV (41,2%).

Com relação à escolaridade verificou-se que a melhor QV está associada com os idosos que possuem o ensino fundamental completo ou o ensino médio incompleto, ambos com porcentagem de 50% para a QV alta.

Quando avaliado a QV com relação ao grau de dependência dos idosos, verificou-se que os idosos com grau I, avaliaram melhor a QV, sendo 55 (44,4%) idosos na QV alta.

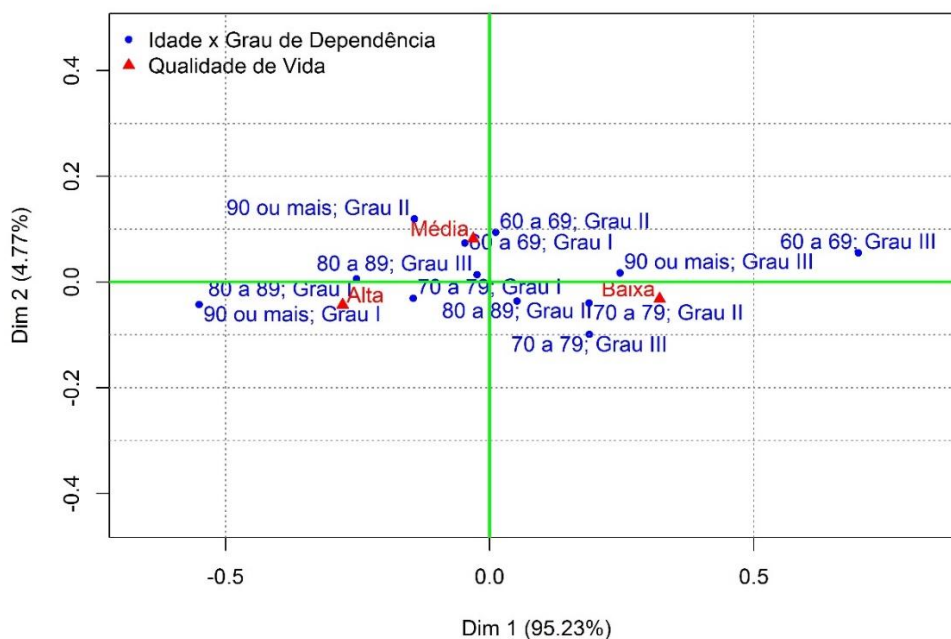
Tabela 08 – Distribuição de variáveis sociodemográficas segundo classificação da Qualidade de vida. Belo Horizonte, 2017.

Variáveis sociodemográficas	Qualidade de Vida						Total	
	Baixa		Média		Alta		N	%
	N	%	N	%	N	%		
SEXO								
Feminino	87	33,2	79	30,2	96	36,6	262	75,5
Masculino	29	34,1	30	35,3	26	30,6	85	24,5
Faixa etária								
De 60 a 69	25	39,1	22	34,4	17	26,6	64	18,4
De 70 a 79	42	37,8	32	28,8	37	33,3	111	32,0
De 80 a 89	36	29,8	38	31,4	47	38,8	121	34,9
90 ou mais	13	25,5	17	33,3	21	41,2	51	14,7
ESCOLARIDADE								
Alfabetizado	3	37,5	4	50,0	1	12,5	8	2,3
Analfabeto	29	34,5	28	33,3	27	32,1	84	24,2
Fundamental completo	2	16,7	4	33,3	6	50,0	12	3,5
Fundamental incompleto	70	33,0	65	30,7	77	36,3	212	61,1
Médio completo	7	31,8	6	27,3	9	40,9	22	6,3
Médio incompleto	2	50,0	0	0,0	2	50,0	4	1,2
Superior	3	60,0	2	40,0	0	0,0	5	1,4

GRAU_DEP								
Grau I	29	23,4	40	32,3	55	44,4	124	35,7
Grau II	51	36,4	44	31,4	45	32,1	140	40,3
Grau III	36	43,4	25	30,1	22	26,5	83	23,9
Total								
Total	116	33,4	109	31,4	122	35,2	347	100,0

No gráfico abaixo, de análise por correspondência, observou-se a correspondência entre QV baixa, média e alta e o grau de dependência e faixa etária. Verificou-se que as pessoas com 80 anos ou mais, grau I possuíam alta QV, enquanto que pessoas mais novas (faixa etária de 60 – 69 anos) com grau I de dependência possuíam QV baixa.

Gráfico 06 – Análise de Correspondência entre idade, grau de dependência e qualidade de vida, instituições de longa permanência, Belo Horizonte – 2017.



Na próxima tabela, nota-se a QV relacionada com a programação (atividades dentro e fora da instituição) ofertada pela ILPI e que a QV alta está mais associada com as atividades coletivas, tendo 97 idosos (35,5%) e 122 (35,3%) nas atividades de atendimento psicossocial em grupo e passeios, respectivamente, na QV alta. Verificou-se, também, que nas atividades envolvendo os familiares 107 (34,7%) avaliaram a QV alta, enquanto que 100 (32,5%) avaliaram-na como baixa. Entre os idosos que não participam de atividades com a comunidade, 43% avaliaram a QV como alta.

Tabela 09 – Qualidade de vida baixa, média e alta comparada com a programação ofertada pela ILPI, Belo Horizonte – 2017.

Variáveis atividades internas e externas	Qualidade de Vida						Total	
	Baixa		Média		Alta		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Atend_Psicossocial_indiv								
Não	19	36,5	14	26,9	19	36,5	52	15,0
Sim	97	32,9	95	32,2	103	34,9	295	85,0
Atend_Psicossocial_grupo								
Não	23	31,1	26	35,1	25	33,8	74	21,3
Sim	93	34,1	83	30,4	97	35,5	273	78,7
Palestras/oficinas								
Não	29	31,9	30	33,0	32	35,2	91	26,2
Sim	87	34,0	79	30,9	90	35,2	256	73,8
Passeios								
Não	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	0,3
Sim	116	33,5	108	31,2	122	35,3	346	99,7
Contato_e_part_Família								
Não	16	41,0	8	20,5	15	38,5	39	11,2
Sim	100	32,5	101	32,8	107	34,7	308	88,8
Com a comunidade								
Não	7	15,9	18	40,9	19	43,2	44	12,7
Sim	109	36,0	91	30,0	103	34,0	303	87,3
Total								
Total	116	33,4	109	31,4	122	35,2	347	100,0

Com relação ao espaço físico das instituições, na tabela 10, verifica-se que as ILPI que ofertam dormitório para quatro idosos tiveram a avaliação da QV alta (41,2%).

As ILPI que possuem salas para atendimento individual ou para atividades em grupo, teve uma melhor avaliação na QV, sendo QV alta para aquelas que possuem mais de duas salas para atendimento técnico (50%) e QV alta para as que possuem mais de duas salas para atendimento em grupo (47,4%).

Verificou-se que a QV alta está presente nas ILPI que não possuem área interna de recreação (50,0%), enquanto que 35,5% avaliaram a QV alta para as que possuem área externa de recreação. Observou-se que as ILPI que possuem espaços de circulação adaptados, mas não necessariamente de acordo com as normas da ABNT, tiveram a QV avaliada como alta, sendo

38,6% para acesso principal adaptado, 40,5% para rota acessível para os quartos, 43,1% rota acessível para o banheiro e 39,1% para as que possuem banheiro adaptado.

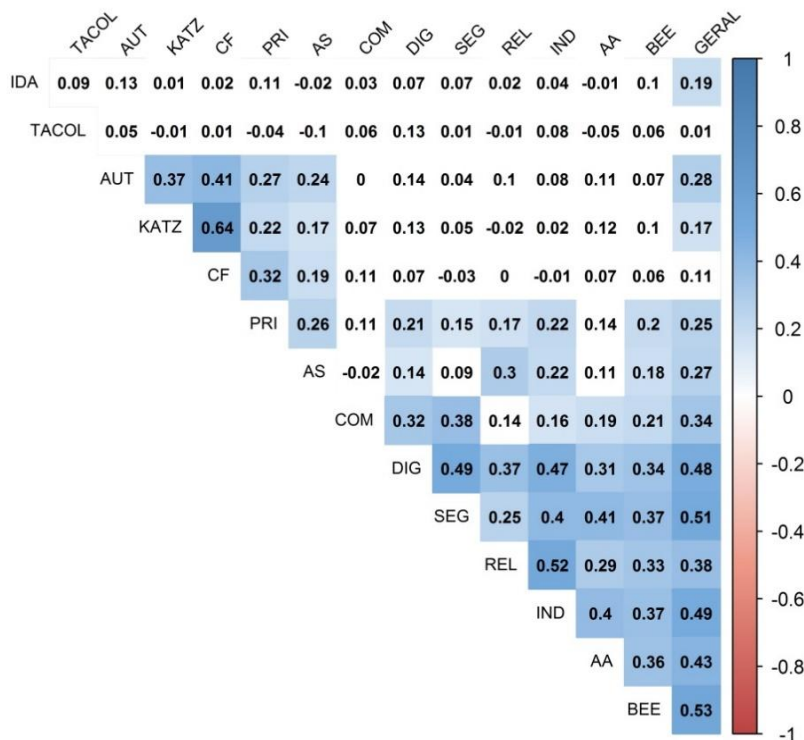
Tabela 10 – Qualidade de vida baixa, média e alta comparando com os espaços físicos das instituições de longa permanência, Belo Horizonte – 2017.

Variáveis espaço físico	Qualidade de Vida						Total	
	Baixa		Média		Alta		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Leitos por quarto								
2	42	27,5	49	32,0	62	40,5	153	44,1
3	18	38,3	16	34,0	13	27,7	47	13,5
4	12	23,5	18	35,3	21	41,2	51	14,7
Mais de 6	44	45,8	26	27,1	26	27,1	96	27,6
Num. salas atendimento técnico								
0	14	43,8	11	34,4	7	21,9	32	9,2
1	89	33,7	83	31,4	92	34,8	264	76,1
2	11	33,3	8	24,2	14	42,4	33	9,5
Mais de 2	2	0,1	7	39,0	9	50,0	18	5,2
Num. salas grupo								
1	54	33,3	54	33,3	54	33,3	162	46,7
2	45	42,1	31	29,0	31	29,0	107	30,8
Mais de 2	17	21,8	24	31,0	37	47,4	78	22,5
Área recreação interna								
Não	7	14,0	18	36,0	25	50,0	50	14,4
Sim	109	36,7	91	30,6	97	32,7	297	85,6
Área recreação externa								
Não	4	33,3	5	41,7	3	25,0	12	3,5
Sim	112	33,4	104	31,0	119	35,5	335	96,5
Acesso principal adaptado								
Não possui	15	37,5	16	40,0	9	22,5	40	11,5
Sim, de acordo ABNT	77	30,8	82	32,8	91	36,4	250	72,0
Sim, mas não de acordo c/ ABNT	24	42,1	11	19,3	22	38,6	57	16,4
Rota acessível quartos								
Sim, de acordo ABNT	105	34,4	95	31,1	105	34,4	305	87,9
Sim, mas não de acordo c/ ABNT	11	26,2	14	33,3	17	40,5	42	12,1
Rota acessível banheiro								
Sim, de acordo ABNT	105	35,5	91	30,7	100	33,8	296	85,3
Sim, mas não de acordo c/ ABNT	11	21,6	18	35,3	22	43,1	51	14,7
Banheiro adaptado								
Sim, de acordo ABNT	101	35,7	85	30,0	97	34,3	283	81,6
Sim, mas não de acordo c/ ABNT	15	23,4	24	37,5	25	39,1	64	18,4
Total								
Total	116	33,4	109	31,4	122	35,2	347	100,0

No gráfico 07 verificaram-se as correlações, com significância estatística, das variáveis: idade, tempo de acolhimento, autonomia, índice de Katz, competências funcionais, privacidade, atividades significativas, conforto, dignidade, segurança, relacionamento, individualidade, satisfação (apreciação) com os alimentos, bem-estar-espiritual e avaliação geral.

Observaram-se correlações positivas de grau forte entre autonomia e competência funcionais (0,41); índice de Katz e competências funcionais (0,64); bem como dignidade e segurança (0,49), dignidade e individualidade (0,47) e dignidade e avaliação geral (0,48); segurança e avaliação geral (0,51); relacionamento e individualidade (0,52); individualidade e avaliação geral (0,49); apreciação/satisfação com os alimentos e avaliação geral; bem-estar-espiritual e avaliação geral (0,53). Não existindo nenhuma correlação negativa.

Gráfico 7 – Correlograma – instituições de longa permanência, Belo Horizonte – 2017.



Legenda: Ida – idade, tacol – tempo de acolhimento, Katz – índice de Katz, cf – competências funcionais, pri – privacidade, AS – atividades significativas, com – conforto, dog – dignidade, seg – segurança, rel – relacionamento, ind- individualidade, aa – apreciação com os alimentos, bee – bem estar espiritual, geral- índice geral de QV.

6 DISCUSSÃO

Apesar de as legislações (Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso) normatizarem que a pessoa só pode ser acolhida, em ILPI, a partir dos 60 anos, existiam seis pessoas adultas que ainda não possuíam 60 anos de idade, acolhidas. Desde a promulgação do Estatuto do Idoso, o Ministério Público de Belo Horizonte proibiu que as ILPI recebessem pessoas com menos de 60 anos, o que nos indica que, ou esses adultos já estavam institucionalizados desde 2003, o que nos faz aludir que eram adultos muito jovens quando foram acolhidos, ou houve uma flexibilização pela diretoria da entidade, no intuito de receber essas pessoas.

Esse limite de idade para acolhimento em ILPI deixam desprotegidas pessoas adultas, doentes, inválidas, pobres, que precisam de cuidados de terceiros, quando a família não consegue cuidar e o Estado não possui outra estrutura social para acolher essas pessoas, seja na política de Assistência, seja na de Saúde.

Ao longo da história, as instituições acolhiam crianças, jovens, idosos, com características clínicas funcionais parecidas, pobres, doentes, inválidos. Foi somente no século XVIII que as instituições de residência de caridade passaram a se especializar, dividindo o público atendido em orfanatos, hospícios e asilos, conforme ressalta Christophe e Camarano (2010, p. 147). Mesmo assim, os asilos atendiam pessoas adultas inválidas e pobres.

Essa questão deve ser mais bem normatizada haja vista a crescente demanda por cuidados considerando o aumento das doenças crônico-degenerativas, que amplia a dependência das pessoas por cuidados de saúde continuados (ROMERO et al, 2010). Isso inclui não apenas idosos, mas, também, pessoas adultas.

O perfil dos idosos participantes da pesquisa está consistente com a literatura, com predomínio do sexo feminino, solteiros, com baixa escolaridade, que possuem referência familiar e com dependência para realização das atividades básicas de vida diária (ORLANDI, 2017; NUNES, 2010).

O Índice de Katz, utilizado nesse estudo, avalia a funcionalidade de uma pessoa idosa para desempenhar atividades básicas de vida diárias, sendo muito utilizado tanto no Brasil quanto em vários outros países (DUARTE et al, 2007).

O encontro de 80% de idosos considerados muito frágeis, por estarem na faixa etária de 80 anos ou mais, com grau de dependência II e III mostrou-se similar à pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013 que verificou que quanto mais elevada a idade, maior era a proporção de pessoas com limitações para comer, tomar banho, ir ao banheiro, vestir-se, levantar, deitar, etc. A variação é de 2,8 para aquelas de 60 a 64 anos, a 15,6% para as de 75 anos ou mais de idade (PNAD, 2015).

No estudo de Orlandi, (2017, p.28) a proporção de idosos com grau III (37,07%) é mais elevada do que aquela encontrada no presente trabalho (27%), enquanto que a dependência grau II (semidependência) foi quase o dobro em Belo Horizonte 32,1% contra 18,1%. Isso implica na necessidade de contratar mais cuidadores de idosos, encarecendo o custo para manutenção da ILPI, uma vez que a normativa prevê que para 10 idosos grau II é necessário um cuidador por turno, enquanto que para o grau III é um cuidador para cada seis idosos, por turno (RDC 283/2005).

Apesar de um dos motivos para institucionalização, na rede filantrópica, prevista nas legislações pertinentes, ser a ausência de referência familiar, aproximadamente 77% dos idosos que possuem algum familiar precisaram da institucionalização. Assim, em especial, num momento de grave crise econômica, a insuficiência financeira pode ter se tornado um dos principais motivos para a institucionalização do idoso. Mesmo que cerca de 40% dos idosos recebam o Benefício de Prestação Continuada – BPC, previsto para idosos que não possuem direito à aposentadoria, e pessoas com deficiência incapazes para atividades laborativas (LOAS, 1993), e 61% tenham aposentadoria/pensão, essa renda, de um salário mínimo, não se mostra suficiente para as necessidades de cuidados dos idosos, obrigando sua institucionalização.

Alcântara apud Camarano e Scharfstein (2010, p.167) ressalta que a procura por acolhimento institucional está diretamente ligado à pobreza na qual se encontra uma boa parcela da população.

Camargos (2013, p.216) aponta que mesmo com as melhorias na saúde da população, o envelhecimento associado ao aumento da expectativa de vida e as atuais estruturas familiares não estão sendo suficientes para prestarem os cuidados a essa população idosa que é demandante de cuidados, havendo necessidade crescente de vagas nas ILPI.

Censo SUAS

A comparação do CENSO SUAS 2016 com o de 2015 revelou poucas alterações, sendo a mais relevante o número de entidades conveniadas com o poder público, em 2015 eram 22 e em 2016, 24. Uma ampliação relativamente pequena se comparada com o número de idosos no município. Dados da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte informa que 1% dos idosos do município está institucionalizada (GIACOMIN, 2010), ou seja, considerando a população idosa do município, 350.000, cerca de 3.500 idosos são residentes de ILPI.

Como a oferta do município para o acolhimento, com a ampliação de duas entidades em 2016, é para apenas 917 pessoas, infere-se que os demais idosos estão acolhidos na rede particular com fins lucrativos ou em entidades clandestinas, o que é preocupante, pois essas entidades não possuem fiscalização de nenhum órgão, não possuindo nem estrutura física nem de recursos humanos adequados para cuidar de idosos frágeis.

A outra face da moeda: enquanto isso, as ILPI privadas que assistem a clientela mais pobre podem ser responsáveis por situações verdadeiramente criminosas, como a apropriação indébita dos recursos dos residentes (os coordenadores solicitam empréstimos com os cartões bancários dos idosos e utilizam integralmente a renda das aposentadorias/pensões ou BPC) até circunstâncias que configuram cárcere privado (o idoso é contido fisicamente, permanece trancado e sem livre acesso às dependências da ILPI ou ao contato com outras pessoas). As famílias também não participam da vida institucional, ficando os idosos literalmente abandonados. (GIACOMIN, COUTO, 2010).

Reportagem televisiva, no dia 30 de maio deste ano, noticiou a existência de 126 ILPI em Belo Horizonte, dado confirmado pela VISA Municipal, enquanto existem somente 28 instituições filantrópicas – entidades privadas sem fins lucrativos, inscritas no Conselho Municipal de Assistência Social. Percebe-se, de 2016 a 2017, um aumento de 26% no número de instituições privadas com fins lucrativos, enquanto que as filantrópicas permaneceram as mesmas. Em 2001, a SMAAS possuía convênio com 28 ILPI filantrópicas entre 35 existentes no município.

Conforme o levantamento realizado pelo IPEA houve um crescimento sistemático no número de instituições. Entre 1940 e 2009 foram abertas 2.897 novas instituições, significando um aumento de 40,3 ILPI por ano. “Enquanto nos anos 1940 e 1950, aproximadamente 20 novas instituições eram abertas anualmente, este passou para 90 no período 2000-2009” (IPEA, 2010). A realidade no Brasil todo, principalmente nas grandes cidades, é a mesma:

instituições filantrópicas fechando ou se mantendo, enquanto que as privadas estão em ascensão.

Ainda nessa pesquisa foi identificado que, nas ILPI públicas e filantrópicas, o número de idosos independentes é maior que os dependentes, enquanto que nas privadas acontece o inverso. Uma explicação para isso seria a carência de renda ou a de residência do público atendido nas ILPI filantrópicas. Já idosos com renda mais elevada é institucionalizado quando apresentam dependência física ou mental maior. “Em síntese, o papel que uma ILPI desempenha é, também, em função da renda dos seus demandantes. O envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência” (IPEA, 2010). É importante ressaltar que em Belo Horizonte, a realidade é diferente da apresentada na referida pesquisa, uma vez que os idosos acolhidos neste município possuem algum grau de dependência, cerca de 80% são idosos semidependentes ou dependentes.

Com o aumento do número de pessoas idosas com doença de Alzheimer, estimado em 150 mil em todo o Estado de Minas Gerais, muitos desses idosos estão desprotegidos e em situação de violação de direitos porque não possuem familiares com condições para prestarem os cuidados necessários. Seja por falta de pessoas suficientes (alguns possuem apenas um filho), seja por falta de renda para pagar um cuidador, seja por falta de retaguarda do Estado com ofertas de serviços alternativos à institucionalização como centro dia, centros de convivência, serviço de atendimento no domicílio, tanto da Saúde quanto da Assistência Social.

Sendo assim, é necessário que o poder público se prepare melhor para atender a demanda crescente de idosos que precisam de proteção integral, pois grande parte da população brasileira é composta por pessoas de baixa renda, que diante da necessidade de cuidados por terceiros, precisarão, cada vez mais, do acolhimento institucional provido pelo Estado.

Em alguns países, a oferta de cuidados é promovida de acordo com as necessidades dos idosos, existindo várias alternativas para isso, como: os que precisam de cuidados intensivos são atendidos em hospitais, mesmo por períodos de longa duração; os que precisam de cuidados menos intensivos contam com as clínicas geriátricas, residências coletivas de internações de curta duração e abrigos; ainda existem as ofertas de serviços comunitários:

centros-dia, visitas domiciliares e ajuda doméstica; e, como não poderia faltar, o apoio familiar por meio de benefícios monetários para cuidadores e grupos de apoio para cuidadores (LLOYD-SHERLOCK, 2004).

Chama a atenção o fato de 12 entidades não aceitarem acolher refugiados ou imigrantes, nove não aceitarem indígenas e 10 não aceitarem travesti, transexual e transgênero. Essa discriminação relacionada à nacionalidade, raça, e opção sexual ou de gênero em flagrante desrespeito aos direitos humanos não pode ser tolerada. A crescente diversidade presente na sociedade exige discutir com essas instituições no sentido de entenderem que aquelas pessoas, podem necessitar de proteção integral (acolhimento institucional) por estarem em situação de risco e vulnerabilidade sociais.

Por outro lado, esse preconceito não está apenas nas instituições que acolhem idosos, ele está em toda a sociedade e precisa ser alvo de políticas públicas de inclusão. Segundo Simpson (2015, p.09), travestis e transexuais convivem com o sofrimento psíquico provocado por preconceitos, estigmas e discriminações, até em maior grau do que o restante da população de gays, lésbicas e bissexuais. Seus direitos são sistematicamente negados e violados em decorrência da identidade de gênero diversa da imposta pelos padrões “heteronormativos”, em que homem é homem e mulher é mulher, e qualquer coisa que fuja dessa norma é encarada com estranhamento.

Outras irregularidades identificadas foram duas entidades terem informado que apenas recebem recursos financeiros do poder público, negando o fornecimento de gêneros alimentícios e de treinamento e capacitação de trabalhadores da entidade, enquanto o convênio entre a entidade e a Prefeitura pressupõe o fornecimento de ambos. É necessário averiguar se o problema detectado foi por falta de conhecimento de quem respondeu o relatório ou se foi erro de digitação, assim como verificar, o motivo de duas unidades não estarem inscritas no Conselho Municipal do Idoso.

Na presente pesquisa, foram identificados 788 idosos acolhidos, 90% da capacidade total de atendimento da rede conveniada, no período de setembro de 2016 a março de 2017. A inspeção conjunta realizada pela Ordem dos Advogados do Brasil - OAB e o Conselho

Federal de Psicologia – CFP demonstra que existem lista de espera nessas instituições (Brasília, CFP, 2008).

Dados da SMAAS informa que existe uma fila de espera na Central de Vagas (serviço que regula a inserção dos idosos na rede conveniada) de 35 a 45 idosos. Se existem vagas ociosas por que se tem fila de espera? A análise de solicitação de vagas, na SMAAS, pela principal pesquisadora deste estudo, mostrou que são idosos semidependentes ou dependentes (alguns com problemas psiquiátricos graves, em uso de sonda para alimentação, sonda de demora, traqueostomizados, em uso de oxigênio, etc.), que necessitam de cuidados especializados na área da saúde. Como as ILPI não possuem a estrutura necessária de recursos humanos para prestar esses cuidados de forma adequada, a diretoria das entidades tem optado por não ampliar o número de idosos com essas características, uma vez que já estão com cerca de 80% de idosos nessas condições.

Nesse sentido, como as ILPI têm se mostrado mais um equipamento híbrido que propriamente um equipamento apenas da política de Assistência Social, uma alternativa seria seguir o exemplo de outros países onde a necessidade de cuidados prolongados para idosos frágeis é de responsabilidade da Saúde e não da Assistência Social (CAMARANO, 2010).

Por outro lado, no levantamento realizado, não foi identificado nenhum equipamento do SUS que preste cuidados prolongados – CP, ou paliativos de longa duração, seja a pessoas adultas ou idosas. Portanto, um grande desafio para o Estado é resolver essa lacuna, seja criando leitos de cuidados secundários, ou equipamentos específicos, com estrutura física e de recursos humanos aptos a prestarem os cuidados demandados por esse público.

Dados sobre a Internação Hospitalar pelo SUS, no estado do Rio de Janeiro, apontaram 4.575 idosos internados para receberem cuidados prolongados, entre 2000 e 2007. Foi observado que apenas 20% receberam alta. A imensa maioria permaneceu hospitalizada ou faleceu. A duração prolongada, superior a dois anos, de mais da metade das internações dificulta a reinserção social, fragiliza os laços familiares, dificultando a alta hospitalar (ROMERO et al, 2010).

Constata-se um aumento no número de idosos que apresentam algum tipo de transtorno mental: Em 2015, nas 26 entidades filantrópicas existiam 167 pessoas idosas com transtorno, o que representava 19% de toda a população acolhida, já em 2016, considerando apenas as 22 entidades conveniadas, o número é de 235, mais de 40% de aumento, representando 30% da população acolhida. Caso esse aumento seja real e não devido à erro de registro, as instituições devem ser capacitadas para atenderem as demandas apresentadas por esse público. Como a oferta de serviços da Saúde Mental é aquém da demanda, inclusive com falta de psiquiatras em várias regiões do município, o que se percebe é um exagero medicamentoso, com o intuito de deixar esses idosos “mais calmos”. Ou, simplesmente a recusa em acolher idosos que possuam quaisquer diagnósticos de transtorno mental.

Com a defesa da luta antimanicomial de que as pessoas com algum tipo de transtorno mental precisam estar junto à família, na comunidade, vivendo em sociedade, a saída desses usuários dos hospitais psiquiátricos acarreta seu ingresso, ao envelhecerem, nas ILPI. Algumas instituições podem, de fato, estar se transformando em Residências Terapêuticas⁶, equipamento do SUS que propõe o acolhimento de pessoas com transtorno mental e que possuem toda uma metodologia para o atendimento definido pelo SUS.

Com relação ao Prontuário e PIA, atividade desenvolvida por todas as ILPI, ressalta-se que é um procedimento obrigatório pela legislação, sendo fiscalizado pela Vigilância Sanitária e pela equipe de Supervisão da Secretaria Municipal de Assistência Social. O Conselho Municipal de Assistência Social também exige a realização de PIA para inscrição da entidade. É importante avaliar se esses prontuários estão atualizados da forma correta.

Mais importante que ter um PIA é a execução das intervenções propostas que deverá ser acompanhada pelos técnicos psicossociais, funcionários que, de acordo com a legislação, são os responsáveis pela elaboração e execução das ações previstas, de forma individualizada.

Observou-se que as ILPI não incentivam visitas domiciliares aos familiares dos idosos, quando apenas 59% relatam visitas e nem todas desenvolvem atividades com a participação dos familiares. Um terço dos entrevistados classificou a QV como baixa, no quesito de

⁶ O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. (Portal Saúde, acesso em 22/06/2017)

contato e atividades com a participação dos familiares. O Estatuto do Idoso recomenda a realização de atividades que promovam a manutenção dos laços familiares, com previsão de visitas diariamente, a qualquer horário, pela família.

Em apenas uma unidade a frequência das visitas é de 3 a 6 dias na semana. Essa limitação no horário para visitas pode prejudicar o contato da família com os idosos, que acabam ficando em situação de abandono.

Uma unidade diz realizar acompanhamento escolar dos idosos, por ter em sua entidade, um núcleo da EJA – Educação de Jovens e Adultos. Cabe ressaltar que outras ILPI também possuem núcleos ativos da EJA, mas não foi relatado o acompanhamento do desenvolvimento dos alunos/idosos pelos profissionais das mesmas. Então, pode-se inferir que ou os idosos não estão sendo acompanhados no seu aprendizado escolar, ou a pessoa que respondeu ao questionário do MDSA não sabia dessa informação.

A falta de articulações com o Centro Pop, que é um equipamento de atendimento às pessoas em situação de rua, inclusive idosas, revela a necessidade de fortalecer as ações intersetoriais.

Com relação às atividades desenvolvidas ou ofertadas pelas unidades, chama a atenção a não participação dos idosos nas decisões das rotinas da entidade, bem como a não oferta de atividades como oficinas, palestras, com a participação da comunidade ou que promova a participação dos idosos em atividades realizada na comunidade, em todas as ILPI. O Estatuto do Idoso e as diretrizes do SUAS dizem que a unidade deve ser o máximo possível semelhante à uma casa. Assim sendo, os “moradores” desta “casa” deveriam poder dizer sobre sua organização, horários de banho, almoço, etc.

De todas as atividades, apenas o passeio é uma atividade coletiva de realização externa que é promovida por todas as unidades. É importante ressaltar que apenas 17 instituições relatam realização de palestras, oficinas e atividades que envolvam a comunidade, o que pode significar que alguns idosos podem ficar ociosos, sem terem atividades no dia a dia. Davim et al e Novaes apud Christophe e Camarano (2010, p. 152) ressaltam que as ILPI favorecem o isolamento ao promoverem a inatividade física e mental, provocando consequências negativas para a qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Por outro lado, a oferta de atividades

deveria ser feita de acordo com a vontade dos idosos porque muitos deles não desejam participar das mesmas, alegando que “já trabalhei muito” ou “já fiz muitas coisas na vida” e que hoje, só querem descansar ou ficar quietos.

Comparando a estrutura física das ILPI em Belo Horizonte com o levantamento feito pelo IPEA, percebe-se que as de BH também possuem área construída em torno de 1.200 m² e possuem ambientes semelhantes: refeitório, pátio, quintal, salas de televisão, sendo o refeitório o espaço mais utilizado pelos idosos. *“Isto sugere a possibilidade de áreas para refeição, lazer, descanso ou atividades ao ar livre dos residentes, o que permite algum grau de integração entre eles”* (IPEA, 2010). A oferta de capela ou sala ecumênica está presente em 50% das ILPI de Belo Horizonte, o que ocorre em todo o Brasil: *“Aproximadamente 50% das instituições afirmam dispor de sala ecumênica e/ou capela, o que, como esperado é mais comum nas instituições religiosas”* (IPEA, 2010).

Com relação ao número de leitos por dormitório, 73% possuem quartos com dois a quatro leitos, seguindo as normas da ANVISA, enquanto que 27% estão em desacordo, pois possuem quartos com 6 a 10 leitos. Enquanto que a pesquisa do IPEA aponta que:

Aproximadamente 72% dos quartos das instituições brasileiras têm um ou dois leitos e 5,9% têm cinco leitos ou mais; e estão fora das normas da Anvisa. Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 283, de 26 de setembro de 2005, as acomodações das ILPI podem ter, no máximo, quatro leitos (IPEA, 2010).

O ideal é que cada idoso pudesse ter o seu próprio quarto ou que o dividisse com apenas mais um, preferencialmente com alguém com quem tenha afinidade, para que assim, pudesse manter a sua individualidade e intimidade mais reservada. Em algumas ILPI, ainda são encontradas verdadeiras “enfermarias” onde vários idosos dependentes dividem todas as ações do cotidiano. Muitos tomam banho de leito, sem ao menos ter um biombo para preservar sua intimidade.

Percebe-se que a acessibilidade não está totalmente em conformidade com as legislações vigentes, isso porque a maioria das entidades foi construída há mais de trinta anos, quando não existiam normas definidas. Importante verificar que, dentro das possibilidades, as unidades procuram adaptar suas áreas de circulação a fim de promover uma melhor acessibilidade e segurança, principalmente nos banheiros, local de maior risco de quedas com desfechos graves. Conforme Oliveira (2014, p.637), os fatores de risco ambientais mais

prevalentes para o risco de quedas, nos estudos avaliados incluem superfícies irregulares, pisos escorregadios/molhados e objetos/tapetes nas áreas de circulação.

Dentre os trabalhadores que possuem o nível superior, 16% são assistentes sociais e psicólogos, o que é justificável, uma vez que a Norma Operacional Básica – NOB de Recursos Humanos do SUAS exige a presença desses profissionais. É significativo também o número de trabalhadores da área médica, 6% dos profissionais (enfermeiros ou técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas) nas unidades de acolhimento.

É importante ressaltar que, de acordo com a legislação do acolhimento institucional, esses profissionais não são necessários nesses equipamentos vinculados à Política de Assistência Social. Porém, quando é verificado o número de idosos semidependentes e dependentes (80%), pode-se compreender a presença e a importância desses profissionais na prestação de cuidados mais qualificados. Conforme é ressaltado no estudo do IPEA “*Muito embora as instituições de longa permanência não possam ser consideradas instituições de saúde, os serviços de saúde são os principais oferecidos. Por exemplo, a oferta de serviços médicos e de fisioterapia foi citada por 66,1% e 56% delas, respectivamente*” (IPEA, 2010).

Deve-se a todas essas características, tanto de ambiente físico quanto de recursos humanos, o que caracteriza um nível bom de cuidados, o tempo de permanência dos idosos em ILPI: 53% estão acolhidos a mais de quatro anos, e a existência de 13 pessoas com 100 ou mais anos de idade.

Os questionários do CENSO SUAS foram, em sua maioria, enviados às unidades (72,7%) para preenchimento e posterior devolução ao órgão gestor. A equipe de supervisão da alta complexidade da SMAAS visitou apenas 27,3% das unidades para coleta das informações, o que pode provocar equívocos nas respostas. Um exemplo de equívoco é que algumas entidades responderam que não recebem nenhum outro tipo de ajuda do poder público a não ser o recurso financeiro, porém, a Secretaria Municipal Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional – SMASAN fornece, para todas as entidades conveniadas, gêneros alimentícios para o preparo de cinco refeições ao dia e a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer realiza o programa Vida Ativa em 21 entidades, além das capacitações que são ofertadas pela própria SMAAS.

Compete a SMAAS providenciar, neste ano de 2017, que as ILPI preencham os questionários juntamente com a equipe de supervisão, o que garantirá um preenchimento mais condizente com a realidade. Também é necessário que a Gerência de Informação, Monitoramento e Avaliação – GEIMA verifique a digitação dos dados, no sistema do MDSA, para evitar que o mesmo seja enviado com erros.

Qualidade de Vida

A qualidade de vida para idosos residentes em ILPI é um produto de quatro fatores que correspondem ao estado de saúde, à situação social (incluindo o suporte familiar fora da entidade), à personalidade e ao cuidado e ambiente que é oferecido ao idoso pela entidade. O conceito ampliado diz respeito tanto às questões da subjetividade do indivíduo (fatores intrínsecos), como também aos fatores extrínsecos que são aqueles proporcionados pela entidade, tendo em vista que a pessoa idosa poderá permanecer até o final de sua vida nesse local, precisando se adaptar às regras da convivência em grupo (KANE, 2003).

A função cognitiva, à princípio, seria avaliada por meio do Mini Exame do Estado Mental – Minimental, (FOLSTEIN et al, 1975). Sendo um instrumento muito utilizado em pesquisas populacionais (LOURENÇO et al, 2007). Sua aplicação seria realizada pelos profissionais de psicologia, serviço social, enfermagem, fisioterapia ou terapia ocupacional, da instituição, após treinamento e padronização. Entretanto, pelo baixo nível de escolaridade apresentado pelos idosos, considerado um limitante da aplicação desse instrumento, optou-se por classificar essa função e rastrear quadros demenciais utilizando a avaliação dos profissionais de nível superior, responsáveis pelo cuidado cotidiano dos idosos, bem como os diagnósticos existentes nos prontuários.

Além disso, nos testes aplicados, foi possível identificar algumas divergências, pois alguns idosos considerados aptos a responderem à pesquisa, pelos profissionais da entidade, no teste do Minimental, ficaram com uma pontuação abaixo do considerado normal pela literatura, conforme tabela 11. Isso porque o Minimental é heterogêneo, uma vez que vários autores o validam com cortes diferentes, além de possuir o nível educacional como definidor no desempenho do teste. Sendo assim, ele acaba por deixar muitas pessoas que poderiam responder sobre sua qualidade de vida de fora da pesquisa.

Tabela 11 – Comparativo entre número de idosos aptos a responderem à pesquisa conforme Minimal e com a indicação dos técnicos, Belo Horizonte - 2017

INSTITUIÇÃO	MINI MENTAL	INDICAÇÃO DOS TÉCNICOS
A	3	5
B	14	17
C	20	20
D	13	13
E	11	14
F	9	9
G	12	18
H	17	23
I	14	15

Melo e Barbosa, (2015, p.3865) confirmam essa imprecisão do teste ao afirmarem que, apesar da ampla utilização do MEEM, ainda faltam critérios para padronização e validação e apontam a ausência de produção científica robusta, realizada no país, sobre suas propriedades psicométricas. Uma das fragilidades descritas consiste na utilização da escolaridade na determinação de “pontos de corte” na identificação do estado de cognição preservado. Diferentes critérios são utilizados para identificar o escore sugestivo de déficit cognitivo.

O perfil dos idosos entrevistados para a QV neste estudo é semelhante aquele encontrado em outras pesquisas com o mesmo tema. O predomínio de mulheres, com baixa escolaridade, apresentando algum grau de dependência para atividades de vida diária (ORLANDI, 2017; (OLIVEIRA, GOMES, PAIVA, 2011, FREITAS, SCHEICHER, 2009).

Cabe ressaltar que apesar dos índices serem semelhantes, na presente pesquisa, o número de idosos com algum grau de dependência é maior que na pesquisa de Orlandi, chegando a 80,3% contra 55,17% (2017, p.28). Os idosos acolhidos na rede conveniada com a SMAAS, em Belo Horizonte, são idosos mais frágeis que os idosos participantes da pesquisa de Orlandi. A referida pesquisa utilizou o mesmo questionário da norte americana Rosalie Kane (ORLANDI, 2017, KANE, 2003).

O perfil das pessoas idosas que avaliaram a QV com escores mais elevados foram as pessoas do sexo feminino, faixa etária acima dos 90 anos, com ensino fundamental completo ou o ensino médio incompleto, pessoas idosas independentes.

Pode-se inferir que, mesmo tendo idade mais avançada, o grau de dependência é fundamental para avaliar a QV como baixa ou alta. Ou seja, o grau de dependência é um fator preponderante na avaliação da qualidade de vida, interferindo em todas as faixas etárias. No estudo de Orlandi (2017, p.51), “a idade se correlacionou negativamente com os domínios de QV, indicando que com o avançar da idade, pior era a percepção da QV dos idosos avaliados”.

Ao avaliar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, comparando com os dados de Orlandi, observa-se que os domínios com a mediana mais alta se diferem. Os do estudo de São Paulo foram: individualidade, dignidade e segurança, enquanto que neste estudo foram competências funcionais, dignidade e bem-estar-espiritual.

Não é possível avaliar os motivos dessas diferenças pela falta de informações com relação à estrutura física, por exemplo, o porte da instituição, e de recursos humanos na pesquisa citada, porém tanto o domínio individualidade quanto o da dignidade dizem respeito à relação dos funcionários com os idosos ou entre os próprios idosos acolhidos.

O domínio da dignidade possui subitens que dizem respeito à maneira como os idosos são cuidados pelos funcionários e o domínio individualidade tem subitens que dizem respeito ao relacionamento pessoal entre os funcionários e os demais idosos acolhidos e entre os próprios idosos.

A mediana mais baixa foi dos domínios autonomia e apreciação dos alimentos (ORLANDI, 2017) e neste estudo foi dos domínios atividades significativas e conforto. Tendo a mediana muito mais baixa em atividades significativas, chamando a atenção da pesquisadora.

Ao avaliar o domínio atividades significativas, verifica-se que ele avalia o grau de satisfação do idoso com relação à oferta de atividades dentro e fora da ILPI, inclusive nos finais de semana, bem como se o idoso ajuda outras pessoas de alguma forma e se os dias, na ILPI, lhe parecem longos. A maioria dos idosos, quando perguntados sobre atividades nos finais de semana, diferente de celebração religiosa, disseram que não acontece nada nos finais de semana, apenas recebem visitas e, às vezes, algum grupo de pessoas vem para cantar, tocar

instrumentos. O número de profissionais nos finais de semana é menor, ficando a ILPI apenas com cuidadores e cozinheiras.

A avaliação muito negativa, desse domínio, encontrada neste estudo, é condizente com o encontrado na literatura:

Ao falar do cotidiano de uma ILPI, o primeiro ponto a ser observado é a questão do afastamento do sujeito asilado, do mundo exterior. A partir do momento em que o sujeito deixa sua própria residência, não deixa de lado apenas seus bens pessoais, mas também significados de uma vida inteira, o que causa efeitos no emocional do internado que precisa se adaptar a uma nova realidade. (COSTA E MERCADANTE, 2013)

O novo modo de viver imposto pelas normas e regras da ILPI, causa no idoso, mudanças em seu comportamento, podendo distorcer sua identidade, afetando, inclusive, a sua individualidade (COSTA, MERCADANTE, 2013).

Durante a pesquisa, foi presenciado a realização de atividades lúdicas/físicas/jogos e alguns idosos independentes não estavam participando. Ao perguntar o motivo da não participação, são comuns respostas tipo: “eu prefiro ficar aqui no meu cantinho”, “lá tem muito velho que não sabe de nada” ou eu “estou cansada, já fiz muitas coisas na minha vida”.

Ainda considerando o que Costa e Mercadante (2013, P.217) afirmam sobre os idosos institucionalizados:

Esse espaço que é o asilo, por motivos significativos e pela maneira de como é gerido em seu cotidiano, faz os idosos, seus residentes, se sentirem como não pertencentes ao espaço onde vivem, contrariando o sentido de comunidade. Os residentes acabam vivendo num mundo à parte, em que perdem sua individualidade, entram em processo de isolamento, do que resulta um mundo sem significado pessoal (COSTA E MERCADANTE, 2013)

Outro fator que pode ter influenciado na baixa avaliação desse domínio é justamente o grau de dependência dos idosos. Como já foi apresentado, 64,3% dos idosos entrevistados já apresentavam comprometimento em três ou mais atividades de vida diária básicas.

O Estatuto do Idoso determina que: as entidades que desenvolvam programas de institucionalização de longa permanência adotarão como princípios, a participação do idoso nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo e coloca a obrigatoriedade de promover atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer (ESTATUTO DO IDOSO, 2003).

Costa e Mercadante (2013, p. 217), ainda chamam a atenção para a importância do fazer algo para os idosos como de muita relevância para sua autoestima, *“acreditamos que as instituições precisam desenvolver atividades que levem essas pessoas a se sentirem mais úteis e “vivas”*”. As atividades possuem efeitos benéficos para a satisfação do homem, viver bem requer ação e movimento. As autoras chamam a atenção, também, dizendo que o tempo ocioso e o não fazer atividades trazem para as pessoas idosas, grandes perdas, inclusive, a própria saúde. (COSTA, MERCADANTE, 2013).

As instituições de Belo Horizonte que participaram desta pesquisa são na maioria de médio e grande porte, ou seja, acolhem 40 ou mais idosos, exigindo um corpo de funcionários maior, o que prejudica a interação tanto entre os idosos com os funcionários quanto o fato dos idosos não conhecerem ou manterem um relacionamento profícuo com os demais idosos acolhidos.

Merece destaque o domínio que foi bem avaliado em ambas as pesquisas, o domínio dignidade (ORLANDI, 2017), que se refere à maneira como os funcionários cuidam desses idosos, sendo gentis, educados e respeitando a intimidade de cada um, apesar de não terem condições de dispensarem uma atenção mais individualizada, demonstrando interesse na vida pessoal de cada idoso, o que é avaliado no domínio da Individualidade. O domínio dignidade foi o que obteve melhores resultados nos escores tanto da média, quanto mediana.

Em algumas ILPI, durante as entrevistas, foi possível ouvir de alguns idosos *“aqui tem muito velho, né, eu não conheço todo mundo”*; *“tem velho doido, que fica falando sozinho, grita muito à noite”* ou *“os funcionários tratam agente bem, mas eles não têm tempo para conversar, é muito idoso pra eles cuidarem”*.

A instituição que obteve o melhor escore global de Qualidade de Vida é de médio porte (capacidade para acolher até 26 idosas) acolhe apenas pessoas idosas do sexo feminino, possui orientação religiosa, dormitórios coletivos com até seis idosas, área externa para realização de atividades, acolhe idosas com os diversos graus de dependência e possui em seu quadro de RH, profissionais da Assistência Social e da Saúde (apenas enfermeiro), porém não possui médico próprio.

Por outro lado, a instituição com pior resultado é de grande porte (capacidade para acolher até 80 idosos), que acolhe pessoas de ambos os sexos, possui orientação religiosa, dormitórios coletivos com mais de seis idosos, área externa para realização de atividades, acolhe idosos com os diversos graus de dependência e possui em seu quadro de RH, tanto profissionais da Assistência Social quanto da Saúde, com médico, fisioterapeuta e enfermeiro de nível superior.

Percebe-se que as instituições de grande porte podem ter apresentado maior dificuldade de estabelecimento de vínculos e a promoção de atividades integradoras, mesmo possuindo em seu quadro de Recursos Humanos profissionais da área da Saúde, o que possibilita a oferta de um atendimento mais qualificado. Além disso, o próprio espaço físico da entidade pode ser um limitador para uma melhor convivência desses idosos, uma vez que dificulta sua apropriação pelo idoso. Alguns idosos relataram não conhecerem todos os espaços da instituição.

Outra característica que as diferenciam é o número de leitos por dormitório, a de médio porte é para até seis pessoas, enquanto que a de grande porte possui dormitório para mais de seis pessoas. Percebe-se que a individualidade, nessa última ILPI, fica prejudicada, uma vez que os idosos precisam conviver com mais de seis pessoas no mesmo quarto.

As ILPI que obtiveram os melhores escores de QV foram as de médio porte. São entidades que possuem capacidade para acolher até 40 idosos, possuindo uma estrutura intermediária entre o pequeno e o grande porte. Atualmente o SUAS ainda não definiu qual será a capacidade máxima para acolhimento em uma ILPI. Porém, as Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil, do antigo Ministério da Previdência e Assistência Social recomendava:

9.1.1 - Modalidade I - É a instituição destinada a idosos independentes para Atividades da Vida Diária (AVD), mesmo que requeiram o uso de algum equipamento de auto-ajuda, isto é, dispositivos tecnológicos que potencializam a função humana, como por ex., andador, bengala, cadeira de rodas, adaptações para vestimenta, escrita, leitura, etc. Capacidade máxima recomendada: 40 pessoas, com 70% de quartos para 4 idosos e 30% para 2 idosos.

9.1.2 - Modalidade II - É a instituição destinada a idosos dependentes e independentes que necessitam de auxílio e de cuidados especializados e que exijam controle e acompanhamento adequado de profissionais de saúde. Não serão aceitos idosos portadores de dependência física acentuada e de doença mental incapacitante. Capacidade máxima recomendada: 22 pessoas, com 50% de quartos para 4 idosos e 50% para 2 idosos. (Portaria SEAS n. 73 de 10 de maio de 2001).

Há uma discussão com relação à capacidade de atendimento e como deve funcionar uma ILPI, mas fato é que não se chegou a um consenso. Porém, o resultado da pesquisa revela que as instituições de grande porte não ofertam uma QV alta. O único domínio onde esse porte foi melhor foi o de atividades significativas, mas com escore muito baixo (0,5). Isso se deve ao fato desse tipo de instituição possuir uma estrutura maior, inclusive de profissionais, o que pode gerar um melhor desenvolvimento de atividades dentro e fora da instituição.

Em estudo realizado em Medellín, Colômbia, em 2012, o domínio que obteve o menor escore, na mediana, foi o de relações sociais com destaque para 29% insatisfação com o apoio familiar e 60% participação em algum grupo social. Cardona, Álvarez e Mendieta (2012, p.150) chamam a atenção para a perda de controle do idoso institucionalizado com relação à sua própria vida, o afastamento da família, o que provoca tristeza, desinteresse por atividades, perda da confiança e da autoestima.

Outro estudo realizado na Colômbia, pela Universidade tecnológica de Pereira, com questionário (test COOP/ WONCA) que possui nove domínios, teve como resultado que apenas 9,6% dos idosos tem uma boa QV; 47% tem QV insuficiente; 33,7% QV deficiente e 9,6 tem QV ruim. (MARTÍNEZ et Al, 2011). A população entrevistada era composta por 73,9% de idosos com nenhuma ou moderada dificuldade para realizar tarefas habituais e 26,1% tinha muita dificuldade. É ressaltada a importância da realização de atividade física, as relações sociais e que os idosos precisam contribuir ativamente na vida.

Pode-se identificar que a maioria dos estudos sobre QV de idosos institucionalizados possuem resultado dentro de uma mediana baixa, algo em torno dos 50% a 60% (FREITAS, SCHEICHER, 2010; KHOURY, SÁ-NEVES, 2014). Isso deveria gerar na população em geral, uma insatisfação e reivindicação para melhorar o quadro apresentado.

Belo Horizonte, sendo uma metrópole bem desenvolvida, que possui habilitação plena, tanto no SUS quanto no SUAS, deveria possuir melhores condições de acolhimento institucional para essa população. Estima-se que, no mundo, cerca de 40% das pessoas com mais de 65 anos necessitarão de cuidados em uma ILPI (CORNÉLIO, GODOI, 2013).

Giacomin, (2010, p.239) faz um comparativo entre o investimento das políticas sociais em alguns segmentos chamando a atenção para o descaso com o idoso institucionalizado:

Quando comparamos o investimento governamental das políticas sociais destinadas à manutenção de creches, de menores em conflito com a lei, do sistema prisional com aquele da ILPI, este último é o menor dos quatro e continua absolutamente insuficiente para cobrir os custos de um cuidado adequado e digno (GIACOMIN, 2010).

É necessária uma melhor articulação com a Saúde no intuito de atender e acompanhar os idosos com alto grau de dependência que estão sendo acolhidos na rede do SUAS. Deveriam existir equipamentos mais qualificados para prestar os cuidados especializados que esses idosos necessitam, com especial atenção na referência e contra referência, uma vez que, com relação às dificuldades no cuidado do idoso, 75% das ILPI referiram dificuldade quanto à referência e contra referência (encaminhamentos para outros serviços, em caso de internação ou consultas e retornos) ou rede de apoio, suporte familiar e social (CORNÉLIO E GODOI, 2013).

Em alguns países é ofertada uma rede de organizações que se define como “community care”, com o objetivo de manter o idoso no seu domicílio, oferecendo diversos suportes para os idosos e para as famílias, como: fornecimento de cuidador para alternar com o cuidador familiar; redução de jornada de trabalho para familiar que é cuidador; pagamento em espécie para cuidador familiar que não pode sair para trabalhar; oferecimento de comida pronta para idosos que vivem sozinhos e que possuem dificuldade em preparar suas refeições, com horários programados (KUCHEMANN, 2012).

A responsabilidade para o atendimento às necessidades dos idosos é de todos, não apenas do poder público. A família e a sociedade privada também devem contribuir para melhorar a qualidade de vida da população idosa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Envelhecer bem é estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas em relação ao futuro. A pessoa idosa institucionalizada precisa se adequar às normas/regras da entidade, num domicílio coletivo, o que vai exigir maior capacidade de resiliência. O processo do envelhecimento pode se tornar mais sofrido, devido ao afastamento do grupo social, como a família e amigos. Identificar fatores que promovam sua adaptação e as demandas que surgem podem contribuir para sua melhor qualidade de vida.

Apesar de o serviço de acolhimento ofertado para os idosos, no município de Belo Horizonte, não ser mal avaliado pelos próprios idosos acolhidos, alguns aspectos como: desenvolvimento de atividades de socialização, autonomia e conforto necessitam ser melhorados.

Instituições conveniadas que limitam o ingresso de pessoas devido a sua etnia ou orientação sexual devem receber mais informações, orientações e capacitações sobre o tema de gênero, raça/cor e credo, a fim de não inviabilizar o acolhimento de nenhuma pessoa idosa que necessite.

Os diretores de ILPI filantrópica precisam entender que o serviço prestado é um direito do idoso e não um favor. Que a questão da caridade ficou no passado e hoje é necessário garantir todos os direitos do cidadão, mesmo estando institucionalizado. E para isso precisam promover melhores condições de vida para os idosos acolhidos: ouvir suas demandas, deixá-los participar das definições da rotina da casa: horário de banho, de refeições, de dormir, etc. Levantar quais são os interesses desses idosos e promover atividades condizentes com as demandas apresentadas.

O poder público tem a responsabilidade de monitorar os serviços nos diversos âmbitos de suas políticas (Saúde, Assistência, Cultura, Trabalho, Lazer, Educação, etc.), favorecendo a implantação de medidas que promovam o bem-estar dos idosos e de suas famílias. Ressalta-se, portanto, a importância da intersetorialidade entre as políticas públicas, principalmente entre a Saúde e Assistência Social, com vistas à corresponsabilização na oferta do atendimento ao idoso. É necessário também, que haja uma avaliação sistemática na qualidade do serviço prestado.

A Secretaria de Assistência Social deve oferecer capacitações constantes aos cuidadores dos idosos abrigados e a Secretaria de Saúde deve se envolver de forma mais efetiva no atendimento às necessidades de saúde desses idosos. Apesar de ser um importante provedor de atendimento à população, existe inadequação do atendimento pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, com cobertura insuficiente às instituições conveniadas. Além de não existir diretrizes específicas para o atendimento ao idoso, e menos ainda para o idoso institucionalizado. O aumento de 40% de idosos com transtornos mentais apontam a urgência de capacitação de cuidadores e organização de um sistema de referência, bem como de mudança no atual acompanhamento e atendimento, uma vez que o CERSAM só atende usuários em crise, sem possuir um atendimento voltado para pessoas idosas demenciadas. Ressalta-se a insuficiência de profissionais de Saúde Mental, como psiquiatras e psicólogos na rede de atendimento do SUS.

O paradoxo entre filas de espera para o abrigo e vagas ociosas deve ser investigado. Pode estar refletindo a falta de estrutura das instituições conveniadas para atender idosos com maior grau de dependência, que demandam cuidados especializados. A organização de uma rede de referência para cuidado de idosos frágeis mostra-se necessária e urgente.

Além de fiscalizar a estrutura física e de recursos humanos das instituições, o poder público precisa elaborar políticas de promoção de um envelhecimento digno, ativo e saudável, implantando serviços, programas e projetos que atendam as diversas necessidades dos idosos e que sirvam de suporte para os cuidadores familiares, a fim de evitar a institucionalização de pessoas que ainda poderiam permanecer na família, se existisse algum outro serviço de atendimento, como por exemplo, o centro dia.

Para idosos que possuem mais autonomia e independência, é necessário criar e/ou ampliar os centros de convivência, grupos de convivência, atendimentos domiciliares, tanto sociais quanto clínicos, serviços de acolhimento para idosos independentes, como repúblicas, condomínios para idosos, moradia subsidiada.

Para os idosos mais dependentes, com situações clínicas que exijam um acompanhamento mais específico, são necessários serviços especializados como centros dia, hospitais de

cuidados secundários, transporte para tratamentos diversos, serviços de acolhimento mais estruturado tanto de espaço físico quanto de recursos humanos qualificados.

O Estado precisa assumir, de fato, o seu papel na garantia de proteção aos seus cidadãos. Compete ao Estado a oferta do Serviço de Acolhimento Institucional, sem que haja a necessidade de a população recorrer à rede privada sem fins lucrativos. Essa rede deveria ser complementar à oferta do Estado. Porém, percebe-se que a realidade brasileira é de ausência do Estado, uma vez que apenas 2% das ILPI, no Brasil, são públicas e 67,4% são privadas sem fins lucrativos (IPEA, 2008).

Em Belo Horizonte, nós não temos nenhuma ILPI pública, sendo a oferta executada totalmente por entidades filantrópicas. O poder público possui convênio com a rede filantrópica, porém, não cumpre com o seu papel, no financiamento, uma vez que o recurso repassado não cobre todas as despesas para a manutenção do serviço. Essa rede tem encontrado diversos problemas na execução e manutenção do serviço, e o principal deles tem a ver com o financiamento, além da falta de capacitação, tanto no quesito gestão administrativa financeira quanto na questão de como melhorar os cuidados aos idosos, principalmente aqueles dependentes.

Diante das questões apresentadas e analisadas sobre o envelhecimento da população brasileira e o acolhimento institucional em ILPI, fica claro a necessidade de melhorar as condições de cuidados aos idosos institucionalizados, bem como a criação de outros serviços que possam ofertar a retaguarda necessária aos idosos e suas famílias, por meio da criação de uma rede formal de suporte ao idoso, envolvendo a família, a sociedade e o Estado. É inconcebível o pensamento de que as famílias darão conta de continuar desempenhando o papel de cuidadoras, principalmente diante do aumento da expectativa de vida, acompanhada de dependências para a realização das atividades de vida diária.

8 REFERÊNCIAS

ALVES, J. E. D., VASCONCELOS, D. CARVALHO, A. A. **Estrutura etária, bônus demográfico e população economicamente ativa: cenários de longo prazo e suas implicações para o mercado de trabalho.** TD, 10, Cepal/IPEA, Brasília, pp. 1-38, 2010.

ALVES, J. E. D. **O Bônus Demográfico e o crescimento econômico no Brasil.** Rio de Janeiro, *Aparte, Inclusão Social em Debate*. IE-UFRJ, 06/12/2004.

ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada 283**, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: www.portalsaude.gov.br.

ÁVILA, Róbert Iturriet; MACHADO, Alessandra M. **Transição demográfica brasileira: desafios e oportunidades na educação, no mercado de trabalho e na produtividade.** Textos Para Discussão FEE Texto n° 133. Porto Alegre. 2015.

BATISTA, Analía S. et. Al. **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social.** Brasília: MP/SPPS, 2008 (Coleção Previdência Social, v.28).

BELO HORIZONTE. **Estabelece o padrão mínimo de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos.** Secretaria Municipal de Saúde Portaria 012 de 2015.

BELO HORIOZNTE. **BH Metas e Resultados.** 2015. Disponível em <https://bhmetasresultados.pbh.gov.br>

BORN, T. **Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha?** Revista Kairós Gerontologia. S. Paulo, v.4, n.2, p.135-148, 2001.

BRASIL, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL, 1994. 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.** Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, vol. 132, n. 3, pp. 77-79, Seção 1, pt. 1.

BRASIL, 1999. **Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada pela Portaria no 1.395, de 9 de dezembro de 1999.** Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, no 237-E, pp. 20-24, 13 dez. Seção 1.

BRASIL, 1993. **Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social.** Brasília: Diário Oficial da União Seção 1 – 8.12.1993, Pág. 18769 (publicação original).

BRASIL, 2001. **Portaria SEAS n. 73 de 10 de maio de 2001.** Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Estado de Assistência Social. D.O. 92-E de 14-5-2001 pág. 174.

BRASIL, 2003. **Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso.** Brasília: Diário Oficial da União de 3.10.2003.

BRASIL, 2005. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA**. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 283/2005.2005.

BRASIL, 2009. **Norma Operacional Básica – NOB/SUAS, Secretaria Nacional de Assistência Social**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília.

BRASIL, 2006. **Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Ministério da Saúde. Brasília.

BRASIL, 2004. **Residências Terapêuticas**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/> acessado em 05/06/2017.

BRASIL, 2009. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Resolução nº 109 de 2009. Brasília.

BRASÍLIA. **Relatório de Inspeção a Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI**. CFP, 2008. Disponível em www.pol.org.br

CAMARANO, A. A.; KANSO S.; LEITÃO E MELLO, J; CARVALHO, D. F.. **As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil**. Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido? IPEA. 2010.

CAMARANO, A. A.; SCHARFSTEIN, E. A. **Instituições de Longa Permanência para Idosos: abrigo ou retiro? Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** IPEA. 2010

CAMARGOS, M. C. S. **Instituições de Longa Permanência um estudo sobre a necessidade de vagas**. Rev. Brasileira Estudos Pop., Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 211-217, jul./dez. 2013.

CARDONA, Jaiberth A.; MENDIETA, Maria I. A.; RESTREPO, Stephanie P. **Calidad de vida relacionada com la salud em adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012**. Ver. Cienc. Salud. 12 (2): 139-155. 2014.

CHAIMOWICZ, F. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas**. Rev Saúde Pública 1997; 31:184-200

CHAIMOWICZ, F. **Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte**. Brasil. Rev. Saúde Pública vol.33 nº 5 São Paulo. 1999.

CMAS. **Resolução Nº 006 de 14 de abril de 2014**. Diário Oficial do Município. Publicado em 23 de Abril de 2014.

CORNÉLIO, Graziela F., GODOY, Ilda de. **Perfil das instituições de longa permanência para idosos em uma cidade de São Paulo**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 16 (3):559-568.Rio de Janeiro, 2013.

COSTA, Carla N. S, MERCADANTE, Elizabeth F. **O idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso**. Revista Kairós Gerontologia, 16(2), 209-222. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP). Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa e al. **Estudo com Idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde**. 2003. (doutorado em saúde) Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2003.

DEBERT, Guita Grin. **A Reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo-FAPESP, 2004.

FREITAS, Mariana A. V.; SCHEICHER, M. E. **Qualidade de vida de idosos institucionalizados**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. V.13, p. 395-401, 2010. Disponível em <http://hdl.handle.net/11449/114406>

FEATHERMAN, D.L.; SMITH, J. e PETERSON, J.G. (1990). **“Successful aging in post-retired society”**. In: **BALTES, P.B. E BALTES, M.M. (orgs.). Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences**. Cambridge. Cambridge University Press.

FLECK, M. P. A. et al. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL.bref”**. Revista de Saúde Pública, v34, n.2, p.178-183. 2000.

GIACOMIN, K. C.; COUTO, E. C. **A fiscalização das ILPI: O papel dos Conselhos, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária**. Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido? IPEA. 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo. Atlas, 4ª Edição. 2002.

GLOBO, Rede. **Reportagem Série sobre Alzheimer**. Disponível em: < g1.globo.com/minas-gerais/mgtv-1edicao/videos>. Acesso em 04/06/2017.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 1961.

GREENACRE, MJ (1984). **Theory and applications of correspondence analysis**. Academic, London.

GREENACRE, MJ (2007) **Correspondence analysis in practice, 2nd edn**. Chapman & Hall/CRC, Boca Raton.

IPEA. **Características das Instituições de Longa Permanência para Idoso – Brasil**. 2008.

KANE, Rosalie A. **Definition, Measurement, and Correlates of Quality of Life in Nursing Homes: Toward a Reasonable Practice, Research, and Policy Agenda**. The Gerontologist vol.43, Special Issue II, 28-36. 2003.

KHOURY, Hilma T. T; SÁ-NEVES, Ângela C. **Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados**. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00553.pdf>

KUCHEMANN, Berlindes A. **Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios**. Revista Sociedade e Estado. Vol. 27, Num. 1 – jan/abril. 2012.

LLOYD-SHERLOCK, P. **Ageing, development and social protection: generalizations, myths and stereotypes**. In: LLOYD-SHERLOCK, P. (Org.). Living longer: ageing, development and social protection. London/New York: United Nations Research Institute for Social Development/Zed Books, 2004. MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS SWEDEN. The future need for care. Results.

LOURENÇO, Roberto A, VERAS, Renato P. **Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais**. Rev. Saúde Pública vol.40 no.4. São Paulo, 2006.

MARTÍNEZ, José W; ACOSTA, Harol A.; DUSSAN, Julio C.; BOLIVAR, Jhon A. A. B.; BEDOYA, William F.; RAMÍREZ, Jesús A. C.; GIALDO, Fernando L. **Calidad de vida em ancianos institucionalizados de Pereira**. Revista Colombiana de Psiquiatria. Vol. 40, Issue 4, Pages 700-708. December, 2011.

MELO, Denise M, BARABOSA, Altemir J G. **O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática**. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3865.pdf>

MENDES, W. 2001. **Home Care: Uma Modalidade de Assistência à Saúde**. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MORAGAS, R.M. **Gerontologia Social: Envelhecimento e Qualidade de Vida**. São Paulo: Paulinas, 1997.

MOREIRA, Jucilene, C. **República para idosos: solução ou apenas mais uma instituição de acolhimento?** Revista Pensar BH/Política Social, nº 31. Belo Horizonte. 2012.

MOREIRA, Morvan de Mello. **O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência**. 1997.

MOTTA, Edith. **Envelhecimento Social**. Rio de Janeiro: s.n, 1990. SE-0253

NERI, A.L. (org.) **Qualidade de Vida e Idade Madura**. São Paulo: Papirus Editora, 2007.

OLIVEIRA, Adriana S; TREVIZAN, Patrícia F; BESTETTI, Maria L; MELO, Rute C. **Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática**. Revista Bras. Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, 2014; 17(3): 637-645.

OLIVEIRA, Elizabete R. A., GOMES, Maria J., PAIVA, Karina M. **Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória- ES**. Esc. Anna Nery.(impr) 2011 jul-set; 15(3):518-23.

ORLANDI, Fabiana S. **Relatório Final da pesquisa qualidade de vida de idosos residentes em instituição de longa permanência: tradução, adaptação e validação da “Quality of**

life scales for nursing home residents”. Universidade Federal de São Carlos. São Paulo. 2017.

PEREIRA, Thelma M. F. R. A.. **Histórias de vida de mulheres idosas – um estudo sobre o bem estar subjetivo na velhice**. Tese de mestrado em Psicologia. UFRN. Cap.3. 2005

PIRES, Z.R.S; SILVA, M.J. – **Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso**. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v.3, n.2, jul-dez. 2001. Disponível em:<<http://www.revistas.ufg.br>> Acesso em 13/09/2009.

Portaria nº 2.528, de 08 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>.

PÓVOA, O. Vanessa. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**. Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 367-386, 2013.

R Core Team (2016). **R: A language and environment for statistical computing**. R. Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>

ROMERO, Dalia E.; MARQUES, Aline; BARBOSA, Ana C.; SABINO, Raulino. **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**. Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido? IPEA. 2010.

SARTINI, Cristina Maria; CORREIA, Arlene M. **Programa Maior Cuidado: qualificando e humanizando o cuidado**. Revista Pensar BH/Política Social, nº 31. Belo Horizonte. 2012.

SIMPSON, Keila. **Transexualidade e travestilidade na Saúde**. Transexualidade e travestilidade na Saúde. Brasília – DF, 2015.

SOARES, Holgonsi. **A Importância da Autonomia**. Jornal A Razão, 25/06/1998.

TELLES, Stella M. B. S. **A população idosa brasileira nos anos 90 e alguns aspectos da ampliação da cobertura da previdência**. UNICAMP/NEPP Anais do Encontro Nacional de Estudos, realizado em Ouro Preto, MG, Brasil. 202.

THE WHOQOL GROUP. **The Development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument (the WHOQOL)**. Position paper from the world health organization. Soc. Sci. Med, v. 41, n.10, p. 1403-1409, 1995.

THE WHOQOL GROUP. **The Development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument (the WHOQOL)**. Disponível em:<http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/> Acesso em 02/03/2016.

VERAS, Renato P; RAMOS, Luiz Roberto; KALACHE, Alexandre. **Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade**. Revista Saúde Pública, v.21, n.03.São Paulo.1987.

VERAS, Renato P. (2002a). **O anacronismo dos modelos assistenciais na área da saúde: mudar e inovar, desafios para o setor público e o privado.** In R.P. Veras (org.) Terceira Idade – Gestão contemporânea em saúde (p.163-188). Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UNATI-UERJ.

WITTKOWSKI et al. (2004). **Combining several ordinal measures in clinical studies.** Statistics in medicine, 23, 1579-1592.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE. **Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status.** International Journal of Mental Health, New York, v. 23, n.3, p. 24-56, Fall 1994.

ANEXO 1**Carta de Anuência da Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social**

Declaro para os devidos fins que autorizo e concordo com o pleno desenvolvimento da pesquisa “Qualidade de vida dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Belo Horizonte – 2016”, nas Instituições filantrópicas, conveniadas com a Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social de Belo Horizonte, sob a responsabilidade de Jucilene Carneiro Moreira, mestranda e da Eliane Dias Gontijo e Conceição Werneck, professoras e orientadoras da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. O projeto será realizado por meio de pesquisa de campo, durante o ano de 2016, de acordo com a metodologia descrita no referido projeto.

Marcelo Alves Mourão
Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social
Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

ANEXO 2

Carta de Anuência da Instituição

Declaro para os devidos fins que concordo com o desenvolvimento do estudo “*Qualidade de vida dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Belo Horizonte – 2016*”, nas Instituições filantrópicas, conveniadas com a Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social de Belo Horizonte, sob a responsabilidade de Jucilene Carneiro Moreira, Analista de Políticas Públicas, lotada na Gerência de Acolhimento Institucional para Idosos e mestrandia do Programa de Pós Graduação no Mestrado Profissional Promoção da Saúde e Paz e Prevenção da Violência. A orientação do estudo será realizada pelas professoras Eliane Dias Gontijo e Maria da Conceição Werneck Cortês, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. O trabalho será desenvolvido durante o ano de 2016, de acordo com a metodologia descrita no referido estudo.

Instituição:
Presidente:

ANEXO 3

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado (a) e/ou participar na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada “*Qualidade e Vida de Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Belo Horizonte – 2016*”, desenvolvida por Jucilene Carneiro Moreira. Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada pelas professoras Eliane Gontijo e Maria da Conceição Werneck Cortes, a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário pelo telefone nº 3277-4939 ou e-mail Jucilene.carneiro@gmail.com. Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o aprimoramento das Instituições de Longa Permanência conveniadas com a Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é avaliar a qualidade de vida dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Belo Horizonte. Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semiestruturada e análise da minha funcionalidade e cognição. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora. Fui ainda informado (a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Assinatura do(a) testemunha(a): _____

ANEXO 4

ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA IDOSOS

Escala de Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados

ENTIDADE: _____

DATA _____

NOME DO IDOSO

As questões abaixo estão relacionadas com aspectos da sua estadia aqui no Lar. Responda de acordo com a alternativa que melhor descreva a sua situação. Seja o mais sincero possível.

Escala de Conforto: As primeiras perguntas são sobre o seu nível de conforto e a ajuda que recebe para ficar mais confortável.	Muitas Vezes	Às Vezes	Raramente	Nunca
1. Costuma sentir frio aqui no Lar?				
2. Costuma ficar com dores por estar sempre na mesma posição?				
3. Costuma sentir dores?				
4. Costuma ser incomodado por barulhos quando está no seu quarto?				
5. Costuma ser incomodado por barulhos quando está em outros lugares do Lar como por exemplo na Sala de Jantar?				
6. Consegue dormir bem?				

Escala de Competências Funcionais: As próximas perguntas são sobre a facilidade que tem em fazer coisas que quer fazer	Muitas Vezes	Às Vezes	Raramente	Nunca
1. Consegue andar sozinho facilmente no seu quarto?				
2. Consegue chegar facilmente às coisas que precisa?				
3. Consegue chegar rapidamente ao banheiro?				
4. Consegue pegar suas coisas de higiene pessoal no banheiro? (Exemplo: o sabonete)				
5. Consegue cuidar das suas coisas e do seu quarto?				

Escala de Privacidade: As próximas perguntas são sobre a privacidade ou a falta de privacidade.	Muitas Vezes	Às Vezes	Raramente	Nunca
1. Consegue encontrar um lugar para ficar sozinho?				
2. Consegue fazer uma chamada por telefone sem ninguém estar por perto?				
3. Consegue ficar sozinho em algum lugar com uma visita?				
4. Consegue ficar sozinho em algum lugar com outra pessoa, sem ser o seu companheiro de quarto?				
5. Os funcionários batem à porta do seu quarto e esperam pela sua resposta antes de entrar?				

Escala de Dignidade: As próximas perguntas são sobre o respeito pela sua dignidade	Muitas Vezes	Às Vezes	Raramente	Nunca

1. Os funcionários são educados com o Sr./Sra.)?				
2. O Sr. (Sra.) sente que é tratado com respeito?				
3. Os funcionários são cuidadosos quando tratam com o Sr. (Sra.)?				
4. Os funcionários respeitam-no quando não quer ser visto? (Exemplo: quando está no banheiro)				
5. Os funcionários ouvem-no quando quer dizer alguma coisa?				

Escala de Atividades Significativas: Agora colocarei algumas perguntas sobre como passa o seu tempo	Muitas Vezes	Às Vezes	Raramente	Nunca
1. Sai do Lar?				
2. Sai do Lar quando quer?				
3. Quantas vezes sai do Lar?				
4. Gosta das atividades feitas pelo Lar?				
5. Para além das celebrações religiosas, existe mais alguma coisa para fazer durante o fim de semana?				
6. Apesar das condições de sua saúde, costuma ajudar outras pessoas, como por exemplo, outros idosos, a sua família ou outras pessoas de fora?				
7. Os dias lhe parece longos demais?				

Escala de Relacionamentos: As próximas perguntas são sobre seus relacionamentos aqui no Lar.	Muitas Vezes	Às Vezes	Raramente	Nunca
1. É fácil fazer amigos aqui?				
2. Algum dos outros idosos é seu amigo próximo?				
3. No último mês algum funcionário parou de trabalhar para falar com o Sr. (Sra.) como amigo?				
4. Considera algum funcionário seu amigo?				
5. Acha que o Lar facilita e tenta ser agradável para que os familiares e amigos venham visitas os idosos?				

Escala de Autonomia: As próximas perguntas são sobre as escolhas e o controle que tem no Lar.	Muitas Vezes	Às Vezes	Raramente	Nunca
1. Pode ir para a cama à hora que quiser?				
2. Pode levantar-se de manhã a hora que quiser?				
3. Pode decidir a roupa que quer vestir?				
4. Conseguiu mudar coisas de que não gostava?				

Escala de Satisfação com os alimentos: As próximas três perguntas são sobre as suas experiências com a alimentação no Lar.	Muitas Vezes	Às Vezes	Raramente	Nunca
1. Gosta que chegue a hora das refeições?				
2. Gosta da comida do Lar?				
3. Consegue comer os seus pratos preferidos aqui?				

Escala de Bem-estar Espiritual: As próximas perguntas são sobre sua vida espiritual aqui no Lar:	Muitas Vezes	Às Vezes	Raramente	Nunca
1. Participa nas celebrações religiosas do Lar?				
2. As celebrações religiosas são importantes para o Sr. (Sra.)?				
3. Sente que a sua vida tem sentido?				
4. Sente-se em paz?				

Escala de Segurança: O próximo conjunto de perguntas são sobre se o Sr. (Sra.) se sente seguro no Lar.	Muitas Vezes	Às Vezes	Raramente	Nunca
1. Sente que os seus bens estão seguros no Lar?				
2. As suas roupas ficam estragadas ou perdem-se quando vão para lavar?				
3. Sente que terá ajuda quando precisar?				
4. Se se sentir mal consegue um cuidador, enfermeiro ou médico rapidamente?				
5. Alguma vez sentiu medo pela maneira como o/a senhor/a ou outro idoso foi tratado?				

Escala de Individualidade: As próximas perguntas são sobre as suas preferências na sua vida.	Muitas Vezes	Às Vezes	Raramente	Nunca
1. Os funcionários sabem do que o Sr. (Sra.) gosta?				
2. Os funcionários conhecem-no bem?				
3. Os funcionários interessam-se pelo que fez na sua vida?				
4. Os funcionários levam a sério as suas preferências?				
5. Os outros idosos conhecem-no bem?				
6. Os seus interesses e desejos pessoais são respeitados no Lar?				

As próximas perguntas resumem o que temos discutido até agora. Estas referem-se à classificação geral da qualidade de sua vida

Como avalia a qualidade da sua vida aqui em relação a:	Excelente	Bom	Razoável	Fraco
1. Sente-se confortável?				
2. Faz o que quer?				
3. Tem privacidade?				
4. Pode fazer escolhas no seu dia-a-dia?				
5. A sua dignidade é respeitada?				
6. Tem coisas interessantes para ver e fazer?				
7. Gosta da comida e que chegue a hora das refeições?				
8. Faz coisas que gosta?				
9. Tem boas amizades?				
10. Sente-se seguro?				
11. Vai às celebrações religiosas?				
12. Em geral, a sua vida é boa?				

ANEXO 5

Relação das ILPI que participaram da pesquisa.

ENTIDADE	PÚBLICO
01 - Centro de Convivência Paulo F. F. Penido – SSVP	M/F
02 - Lar Cristo Rei - SSVP	M/F
03 - Lar dos Idosos Recanto dos Amigos	M/F
04 - Lar de Idosas Santa Tereza Santa Terezinha - SSVP	F
05 - Cidade Ozanam Obra Unida da SSVP - Casa do Ancião	M/F
06 - Centro Geriátrico Lar Frei Zacarias/B. Franciscana	F
07 - Lar Dona Paula da SSVP	F
08 - Lar Senhor Bom Jesus	F
09 - Lar Santa Rita de Cássia	F
10 - Lar Santa Gema Galgani – SSVP	F
11 - Associação Amor Fraternal	F
12 - Núcleo Assistencial Caminhos para Jesus	M/F
13 - Lar São José - Associação Resgate da Dignidade Humana	M/F
14 - Lar Clotilde Martins - SSVP	M/F
15 – Associação Cristã Feminina de BH/ Asilo Recanto Feliz	F
16- Sociedade de Amparo à Pobreza - Recanto da Saudade	M/F
17 - Asilo Nossa Senhora da Piedade/Lar da Vovó	F
18 - Lar de Idosas Padre Leopoldo Mertens - SSVP	F
19 - Fundação Oásis - Casa das Vovós	F
20 - Abrigo Frei Otto - SSVP	M/F
21 - Lar dos Idosos Santo Antônio de Pádua - SSVP	M/F
22- Casa Santa Zita (Obras Sociais da Boa Viagem)	F