

Nº 93

Série

Eixos do Desenvolvimento Brasileiro

Comunicados do Ipea

Infraestrutura Social e Urbana no Brasil
subsídios para uma agenda de pesquisa e
formulação de políticas públicas

**Condições de funcionamento e
infraestrutura das instituições de
longa permanência para idosos no Brasil**

24 de Maio de 2011

ipea 46
anos

Governo Federal

Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República

Ministro Wellington Moreira Franco



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

Presidente

Marcio Pochmann

Diretor de Desenvolvimento Institucional

Fernando Ferreira

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais

Mário Lisboa Theodoro

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

José Celso Pereira Cardoso Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

João Sicsú

Diretora de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

Liana Maria da Frota Carleial

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

Márcio Wohlers de Almeida

Diretor de Estudos e Políticas Sociais

Jorge Abrahão de Castro

Chefe de Gabinete

Persio Marco Antonio Davison

Assessor-chefe de Imprensa e Comunicação

Daniel Castro

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

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

Comunicados do Ipea

Os Comunicados do Ipea têm por objetivo antecipar estudos e pesquisas mais amplas conduzidas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, com uma comunicação sintética e objetiva e sem a pretensão de encerrar o debate sobre os temas que aborda, mas motivá-lo. Em geral, são sucedidos por notas técnicas, textos para discussão, livros e demais publicações. Os Comunicados são elaborados pela assessoria técnica da Presidência do Instituto e por técnicos de planejamento e pesquisa de todas as diretorias do Ipea.

Este Comunicado faz parte de um conjunto amplo de estudos sobre o que tem sido chamado, dentro da instituição, de Eixos do Desenvolvimento Brasileiro: Inserção internacional soberana; Macroeconomia para o desenvolvimento; Fortalecimento do Estado, das instituições e da democracia; Infraestrutura econômica, social e urbana; Estrutura tecnoprodutiva integrada e regionalmente articulada; Proteção social, garantia de direitos e geração de oportunidades; e Sustentabilidade ambiental.

Esta série de Comunicados sobre Infraestrutura Social e Urbana nasceu de um grande projeto denominado Perspectivas do Desenvolvimento Brasileiro, que busca servir como plataforma de sistematização e reflexão sobre os desafios e as oportunidades do desenvolvimento nacional, de forma a fornecer ao Brasil o conhecimento crítico necessário à tomada de posição frente aos desafios da contemporaneidade mundial.

A coleção *Perspectivas do Desenvolvimento Brasileiro* é formada por 10 livros, que somam 15 volumes. Estiveram envolvidas no esforço de produção dos livros cerca de 230 pessoas, 113 do próprio Ipea e outras pertencentes a mais de 50 diferentes instituições, entre universidades, centros de pesquisa e órgãos de governo, entre outras.

O livro no qual o presente Comunicado se insere é intitulado **Infraestrutura Social e Urbana no Brasil: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas**. Parte do projeto *Perspectivas do Desenvolvimento Brasileiro*, a obra é o segundo volume do livro *Infraestrutura Econômica, Social e Urbana*.

O livro é dividido em três partes. A parte I trata dos equipamentos e serviços públicos relacionados a proteção à infância e adolescência, ao idoso e às mulheres em situação de violência; assistência social; segurança alimentar e nutricional; equipamentos culturais; inclusão digital; e eletrificação rural. A parte II aborda a provisão de serviços e equipamentos urbanos e as políticas setoriais de habitação, saneamento básico e transporte e mobilidade urbana. Na parte III são privilegiados estudos relacionados a gestão metropolitana; formação, caracterização e tendências da rede urbana brasileira; e aspectos correlacionados com a regularização fundiária, a gestão e o financiamento do desenvolvimento urbano.

CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO E INFRAESTRUTURA DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO BRASIL

1 INTRODUÇÃO*

Como em quase todo o mundo, não só a população brasileira está envelhecendo e este processo tem sido acompanhado pelo envelhecimento da própria população idosa e por transformações acentuadas nos arranjos familiares. Desde os anos 1970, esta sociedade tem assistido a uma queda acelerada na fecundidade e na mortalidade nas idades avançadas, e a mudanças no padrão de nupcialidade e na configuração dos arranjos familiares. Isto ocorre concomitantemente ao aumento generalizado da escolaridade feminina, à inserção maciça das mulheres no mercado de trabalho e às modificações no sistema de valores. Estas modificações podem enfraquecer os laços de solidariedade intergeracionais e já estão resultando em transformações nas formas de cuidado à população idosa, o que tem implicações na forma de residência.

As perspectivas para o futuro próximo são de crescimento a taxas elevadas da população idosa e “muito idosa”, provocado pela entrada da coorte dos *baby boomers* na última fase de vida (*elderly boomers*) e redução contínua da mortalidade nas idades avançadas. Apesar de esse crescimento estar sendo acompanhado por uma melhora das condições de saúde e da autonomia desse grupo etário, o número de idosos com fragilidades físicas e/ou mentais tende a aumentar. Além de mais numerosa, essa nova coorte será composta por mulheres com um perfil diferenciado das atuais idosas. Serão mais escolarizadas, mais engajadas no mercado de trabalho e com menos filhos, características compatíveis com o fato de fazerem parte do grupo que participou da revolução sexual e familiar iniciada em meados da década de 1960. Em síntese, espera-se que aumente o número de idosos demandantes de cuidados e que a oferta de cuidadores familiares se reduza.

Isso levanta a questão de quem oferecerá cuidados para esses idosos: família ou instituições? A legislação brasileira estabelece que a família é a principal responsável pelo cuidado do idoso. Isto está expresso na Constituição Federal de 1988 (CF/88), foi reforçado na Política Nacional do Idoso de 1994 e no Estatuto do Idoso de 2003. Essa legislação é resultado dos valores e dos preconceitos dominantes quanto ao cuidado institucional, e os reforça. Uma das consequências, é a baixa oferta de instituições de residência para idosos, como é baixo, também, o número de residentes. De fato, a residência em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) não é uma prática comum nos países do hemisfério sul. Historicamente, tem sido vista com resistência e preconceito, tradicionalmente como “depósito de idosos”, lugar de exclusão, dominação e isolamento ou, simplesmente, “um lugar para morrer” (NOVAES, 2003).

Assume-se pelas razões anteriormente mencionadas que a demanda por essa modalidade de cuidados tende a crescer e que o Estado e o mercado privado devem se preparar para atendê-la. Essa é uma modalidade que implica residência coletiva, a qual por sua vez, atende tanto idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família, bem como aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, ou seja, que necessitem de cuidados prolongados. Assume-se, também, que esta deve fazer parte da infraestrutura básica das grandes cidades e das de porte médio.

O objetivo deste capítulo é analisar as condições de funcionamento das ILPIs existentes no Brasil. Busca-se inferir se essas instituições estão preparadas para atender a demanda por cuidado ao idoso no Brasil. O trabalho está dividido em cinco seções, sendo a primeira esta introdução. A seção 2 faz uma breve descrição das mudanças recentes na dinâmica demográfica brasileira. A seção 3 discute o que se entende por instituição de longa permanência. A seção 4, apresenta uma visão geral das instituições brasileiras, destacando sua condição jurídica e a localização espacial, suas características de funcionamento e de infraestrutura, os serviços oferecidos e as informações sobre os gastos e o financiamento das instituições. E, por fim, na seção 5 são apresentadas as considerações finais.

O trabalho tem como base a pesquisa nacional, de caráter censitário, realizada pelo Ipea com o apoio financeiro da Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH), do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Tem como objetivo levantar informações para o cálculo dos indicadores das condições de funcionamento, de infraestrutura, de custos das instituições de longa permanência brasileiras, bem como dos recursos com que contam, tais como financiamentos públicos,

* O estudo foi elaborado por Ana Amélia Camarano, Solange Kanso, Juliana Leitão e Mello e Daniele Fernandes Carvalho e integra o livro *Infraestrutura Social e Urbana no Brasil: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas*, editado por Maria da Piedade Moraes e Marco Aurélio Costa.

subsídios e parcerias e elaborar um perfil dos seus residentes. Um dos subprodutos da pesquisa é um cadastro com o nome e o endereço das instituições.

A coleta de dados começou em 2007 e terminou no início de 2010. As regiões foram pesquisadas separadamente. A primeira foi a Norte, em seguida o Centro-Oeste, o Sul, o Nordeste e, por fim, o Sudeste. O primeiro passo foi montar o cadastro de instituições, pois até então não se conhecia o número de instituições. A partir do cadastro elaborado, deu-se início à aplicação dos questionários. Este trabalho foi realizado por meio de correio, *e-mail*, fax e telefone, de acordo com a disponibilidade dos dirigentes ou responsáveis pelas instituições. Foram identificadas 3.548 instituições no território brasileiro, das quais 3.294 responderam à pesquisa.¹

2 A DINÂMICA DEMOGRÁFICA RECENTE

Já foi mostrado em outros trabalhos² que a população brasileira atingiu suas maiores taxas de crescimento no período 1950-1970, em torno de 3% ao ano (a.a.). A partir daí, essas taxas passaram a experimentar um declínio acentuado, tendo alcançado um valor de 1,6% a.a. na década de 1990. Este declínio foi resultado da redução expressiva da fecundidade, iniciada na segunda metade dos anos 1960. Em 40 anos, a fecundidade das mulheres brasileiras reduziu-se a quase um terço, atingindo o nível de reposição³ no quinquênio 2000-2005. Nessas últimas décadas, a taxa de fecundidade passou de aproximadamente 6,0 filhos por mulher, para 1,8. Projeções populacionais recentes apontam para uma taxa de crescimento populacional de 0,7% a.a. para a década 2010-2020 e negativa entre 2030-2040.⁴

Além da redução no ritmo de crescimento populacional, a dinâmica demográfica descrita levou o Brasil a deixar de ser um país de jovens. A alta fecundidade observada nos anos 1950 e 1960, período conhecido como *baby boom*, e a redução da mortalidade em todas as idades em curso no país desde este período são responsáveis pelo ritmo de crescimento relativamente elevado da população idosa *vis-à-vis* ao dos demais grupos etários. Esses processos alteraram a composição etária e contribuíram de forma significativa para o processo de envelhecimento populacional.

Sob o ponto de vista demográfico, o envelhecimento populacional é o resultado da manutenção por um período de tempo razoavelmente longo das taxas de crescimento da população idosa superiores às da população mais jovem. Isto implica mudança nos pesos dos diversos grupos etários no total da população. O gráfico 1 ilustra bem isto. Por exemplo, a proporção da população de 60 anos ou mais no total da população brasileira passou de 4,1% em 1940 para 8,6% em 2000. Além disto, nas duas últimas décadas, o grupo populacional que mais cresceu foi o “muito idoso”, de 80 anos ou mais. Isto significa que a população idosa também envelheceu. Assumindo que o avanço da idade traz o aumento de fragilidades e perda de autonomia para o desempenho das atividades básicas do cotidiano, o crescimento mais elevado desse segmento populacional implica um aumento da demanda por cuidados, mesmo considerando a possibilidade de melhoras nas condições de saúde.

Ressalta-se que o processo do envelhecimento é muito mais amplo que uma modificação de pesos de uma determinada população, pois altera a vida dos indivíduos, as estruturas familiares, a demanda por políticas públicas e a distribuição de recursos na sociedade. No caso deste trabalho, a questão colocada é o impacto da dinâmica demográfica recente na demanda de cuidados de longa duração para a população idosa, sejam estes formais ou informais.

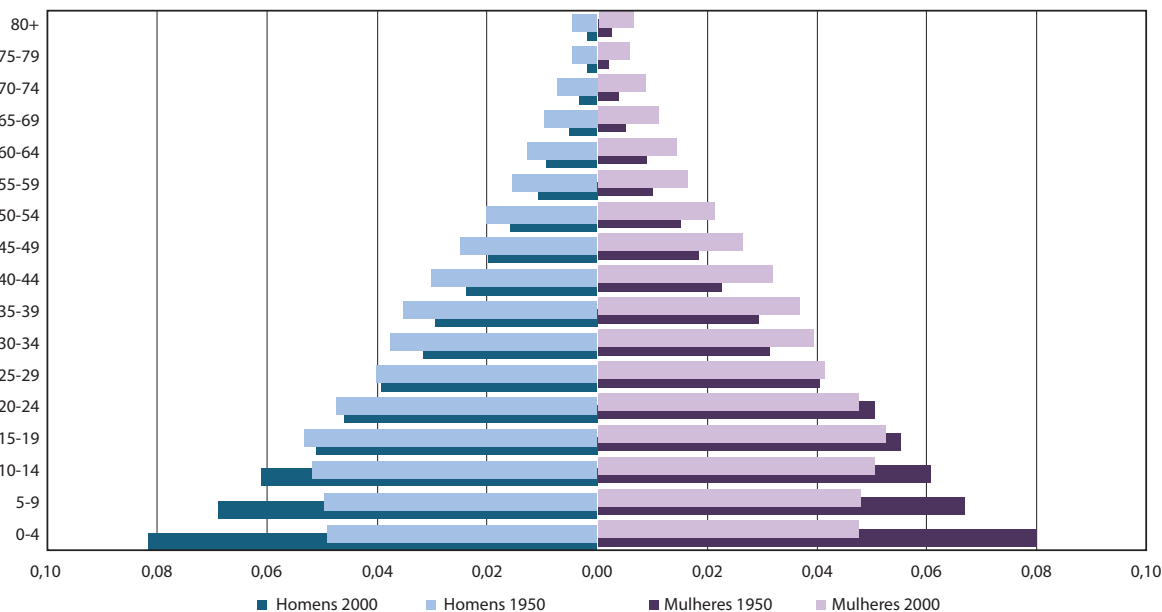
1. Para mais detalhes sobre a pesquisa, ver: Camarano 2007b, 2008a, 2008b e 2008c.

2. Ver Camarano e Kanso (2009).

3. Uma população atinge seu nível de reposição quando a fecundidade e a mortalidade alcançam valores que resultarão, no médio prazo, em uma taxa de crescimento igual a zero. Ou seja, a população simplesmente se repõe. Dada as taxas de mortalidade vigentes na população brasileira, foi estimado que esse nível seria alcançado quando a taxa de fecundidade de total for igual a 2,14. Apesar de a população ainda crescer, esse ritmo é decrescente. Os reflexos dessas medidas levam o tempo ou a duração de uma geração para que a população apresente uma taxa de crescimento igual a zero.

4. Ver Camarano e Kanso (2009).

GRÁFICO 1
Distribuição etária e por sexo da população brasileira



Fonte: Censos Demográficos de 1950 e 2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Além das mudanças demográficas, outras mudanças sociais e culturais estão em curso, e afetam, principalmente, as mulheres. Estas vivenciaram os grandes ganhos na escolaridade e entraram maciçamente no mercado de trabalho. Fizeram a revolução na família, casaram-se, descasaram-se, recasaram ou não, tiveram menos filhos, ou seja, as famílias nucleares passaram a ser menores dada a redução na fecundidade, mas o aumento da esperança de vida levou a um aumento de gerações da mesma família. Divórcios e recasamentos podem enfraquecer laços afetivos entre pais e filhos biológicos, mas podem aumentar o número de membros da família com a presença de enteados. No entanto, estes novos laços nem sempre são suficientemente sólidos ao ponto de garantir o cuidado nas idades avançadas.

Além disso, casar e ter filhos, que era o papel social mais importante da mulher, passou a disputar com a carreira no mercado de trabalho, ou seja, pode-se falar em uma grande mudança no papel social da mulher e nos contratos tradicionais de gênero. Com sua entrada no mercado de trabalho, a mulher deixou de ser apenas cuidadora dos membros dependentes da família para ser cuidadora e provedora, ou seja, ela pode ter mais recurso financeiro para pagar pelo cuidado dos membros dependentes da família, mas certamente tem menos tempo.

3 O QUE É UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS?

Não há consenso, no Brasil, sobre o que seja uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Sua origem está ligada aos asilos, que constituem a modalidade mais antiga de atendimento ao idoso fora do convívio familiar. Estes eram inicialmente dirigidos à população carente, que necessitava de abrigo; por isto muitas das instituições brasileiras se autodenominam abrigos. É o caso, por exemplo, de 225 instituições identificadas pela pesquisa do Ipea, o que significa 6,3% do total de instituições brasileiras. Isto justifica o fato de que um dos motivos mais importantes para a busca de uma instituição é a carência financeira e a falta de moradia; e explica porque 65,2% das instituições brasileiras são filantrópicas.

Além disso, observa-se que nas instituições públicas e filantrópicas, o percentual de residentes independentes é maior que nas privadas com fins lucrativos, provavelmente porque sua ida deve-se mais à carência de renda ou à de residência. Por outro lado, observa-se nas instituições privadas com fins lucrativos um

percentual mais elevado de idosos dependentes.⁵ Isto sugere que a ida para a ILPI de um idoso com renda mais elevada é resultado de uma dependência física/mental mais elevada. O idoso independente, em geral, permanece morando com a família ou mesmo sozinho. 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 de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental estão requerendo que os asilos deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a de assistência à saúde, ou seja, ofereçam algo mais que um abrigo. Para tentar expressar a nova função híbrida destas instituições, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) sugeriu a adoção da denominação instituição de longa permanência para idoso. Trata-se de uma adaptação do termo utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Long-Term Care Institution) (COSTA, 2004). No entanto, na literatura e na legislação encontram-se referências indiscriminadamente a ILPIs, casas de repouso, abrigos e asilos (CAMARANO, 2007a). Na verdade, as instituições não se autodenominam ILPIs.

Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), as ILPIs são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania, ou seja, são domicílios coletivos que oferecem moradia, cuidados e algum tipo de serviço de saúde, caracterizando-se como instituições híbridas. Sendo assim, deveriam compor não só as redes de assistência e de saúde, mas, também, a de habitação. Em outras palavras, estas instituições devem fazer parte da infraestrutura de qualquer cidade de porte médio ou grande.

É muito comum associar instituições de longa permanência a instituições totais ou de saúde. De acordo com Debert (1999), é quase direta a associação de “asilos de idosos com o modelo de instituição total”. Esta é uma visão de Goffman (1961 *apud* DEBERT, 1999), que define instituições totais como instituições em que:

(...) todos os aspectos da vida são realizados num mesmo local e sob a mesma autoridade; cada fase da vida diária do participante é realizada na companhia de um grupo relativamente grande de outras pessoas; as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários; e toda a sequência de atividades é imposta de cima por um sistema de regras formais e um grupo de funcionários; finalmente, as atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição.

No entanto, a evidência empírica não parece confirmar essa associação em sua plenitude. Em primeiro lugar, “o grau de totalidade” das instituições depende do grau de dependência dos residentes. Por exemplo, os idosos totalmente dependentes, como os acamados, têm sua vida totalmente administrada pela instituição, o que, provavelmente, ocorreria se estivessem residindo com suas famílias, ou seja, a administração da vida destes idosos é decorrente de sua falta de autonomia e, não, necessariamente, da residência em uma instituição.

Por outro lado, 21,2% das instituições que responderam à pesquisa se declararam abertas. Em pesquisa qualitativa em três instituições abertas, foi constatado que os idosos independentes têm total liberdade de ir e vir, e isto também ocorre com os familiares. Em duas, alguns residentes trabalham fora da instituição.⁶ Além disso, a participação nas atividades de lazer oferecidas, bem como cursos diversos, treinamentos etc. é voluntária. Por outro lado, as refeições são feitas em horários estabelecidos pela instituição, o que, se não fosse assim, impossibilitaria sua administração. Isto também é facilmente encontrado em famílias numerosas.

Outra associação comumente feita é de instituições com estabelecimentos de saúde. Embora os serviços de saúde sejam o principal ofertado pelas instituições brasileiras, como apontado pela pesquisa do Ipea, estas não são estabelecimentos voltados à clínica ou à terapia, apesar de os residentes receberem além de

5. A definição de dependência utilizada neste estudo é a proposta da Política Nacional do Idoso. Por idosos dependentes, consideram-se aqueles que necessitam de ajuda em todas as atividades de autocuidado, tais como fazer a higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se ou se locomover; e/ou que tenham comprometimento cognitivo devido à idade. Por semidependente são consideradas as pessoas que necessitam de ajuda em até três atividades de autocuidado e não tenham nenhum comprometimento cognitivo devido à idade. Os independentes são os demais.

6. Ver Camarano e Scharfstein (2010).

moradia, alimentação e vestuário, serviços médicos e medicamentos. Groisman analisando o Asilo São Luiz afirma que este “era uma instituição de custódia e não de tratamento.” Era um estabelecimento de caridade, voltado à velhice desamparada. Para o autor, as instituições de residência para idosos cumprem duas funções:

Uma manifesta, de abrigar e cuidar de pessoas desamparadas ou que estejam impossibilitadas de estar junto às famílias e comunidade; e outra latente, de servir como lócus socialmente aprovado de segregação de seres humanos cuja produtividade econômica e representação social foram esgotadas pelo sistema social (GROISMAN, 1999).

Em outras palavras, são instituições que abrigam e/ou retiram pessoas da sociedade.

Muitas instituições tentam oferecer aos residentes um espaço que reproduza a vida em família. Por isto, se autodenominam lares. É o caso, por exemplo, de 1.047 ou 29,5% das instituições brasileiras. Muitas destas são pequenas, têm menos de dez residents, funcionam em casas e constituem 10% das instituições brasileiras, o que equivale a 329 instituições.

4 AS INSTITUIÇÕES BRASILEIRAS PARA IDOSOS

4.1 Visão geral

Antes do término da pesquisa realizada pelo Ipea não se tinha informação sobre o número de instituições existentes no território brasileiro e nem sobre o número de pessoas que nestas residiam. Sabe-se que ambos são muito baixos. Estimativas com base no Censo Demográfico 2000 apontam que menos de 100 mil idosos residiam em domicílios coletivos para idosos, o que não cobria 1% da população idosa daquele ano (CAMARANO, 2005). Como já se mencionou, a pesquisa do Ipea localizou 3.548 instituições no território brasileiro, em que moravam 83.870 idosos, o que significa 0,5% da população idosa. Estas são encontradas em 28,8% dos municípios brasileiros. Pode-se deduzir ser baixo o número de instituições e o número de residentes. Em geral, no Brasil, a opção de internar o idoso ocorre apenas no limite da capacidade familiar em oferecer os cuidados necessários (KARSCH, 2003).

Como a pesquisa refere-se apenas a um ponto no tempo, é difícil saber como o número de instituições está variando. Ou seja, tem crescido para acompanhar o aumento da demanda? Uma inferência é feita utilizando as informações coletadas na pesquisa do Ipea sobre o ano de início das atividades das instituições. Esta informação refere-se apenas às instituições existentes no momento da pesquisa. É possível que muitas tenham sido abertas e fechadas ao longo do período.

A tabela 1 mostra o incremento médio líquido anual no número de instituições pesquisadas por período. Foram consideradas apenas as instituições abertas desde 1940. Feitas as ressalvas anteriores, pode-se inferir por um crescimento sistemático no número de instituições no Brasil. Entre 1940 e 2009, 2.897 novas instituições foram abertas, o que significa um incremento médio líquido de 40,3 instituições por ano. Este incremento tem sido crescente no período. Enquanto nos anos 1940 e 1950, aproximadamente 20 novas instituições eram abertas anualmente, este passou para 90 no período 2000-2009.

TABELA 1
Incremento médio anual de instituições por ano de início das atividade e regime jurídico – Brasil, 2007-2009

	Pública + Mista	Filantrópica	Privada	Total	Total de Instituições
1940 e 1959	0,6	19,0	0,2	19,7	393
1960 e 1979	1,0	24,7	1,7	27,3	546
1980 e 1989	3,0	31,4	8,8	46,1	461
1990 e 1999	6,6	40,1	22,0	68,7	687
2000 e 2009	4,5	27,2	57,8	90,0	810
Total	2,6	26,8	11,0	40,3	3.187

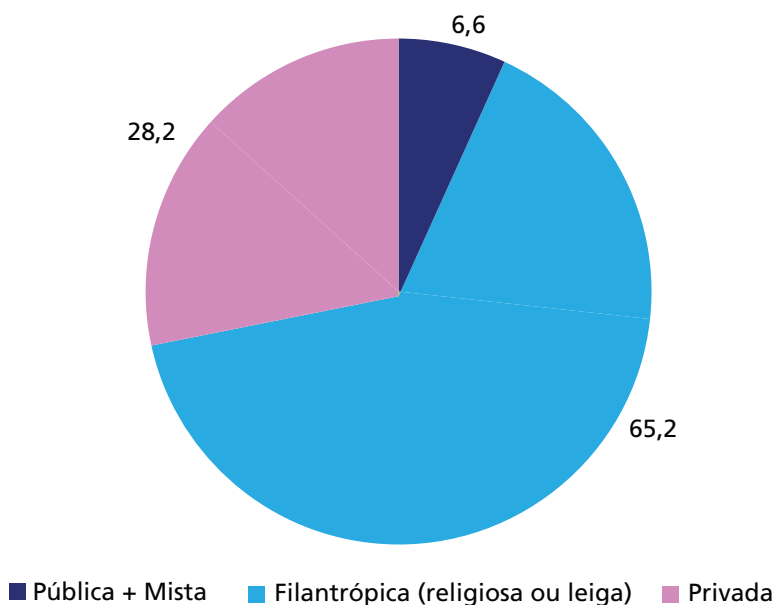
Fontes: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

Das novas instituições, pode-se observar que a grande maioria são privadas com fins lucrativos. Este crescimento começou a ficar mais expressivo nos anos 1980. Entre 2000 e 2009, 57,8% das novas instituições tinham esta natureza jurídica.⁷ Conforme mencionado, e por razões descritas anteriormente, a grande maioria das instituições brasileiras é filantrópica, 65,2%, incluindo as religiosas e leigas. Apenas 6,6% das instituições brasileiras são públicas ou mistas. Isto significa 218 instituições, número bem menor que o total de instituições religiosas vicentinas, aproximadamente 700. O gráfico 2 apresenta a distribuição proporcional das instituições brasileiras por natureza jurídica.

GRÁFICO 2

Distribuição proporcional das instituições de longa permanência brasileiras por regime jurídico – 2007-2009

(Em %)



Fontes: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

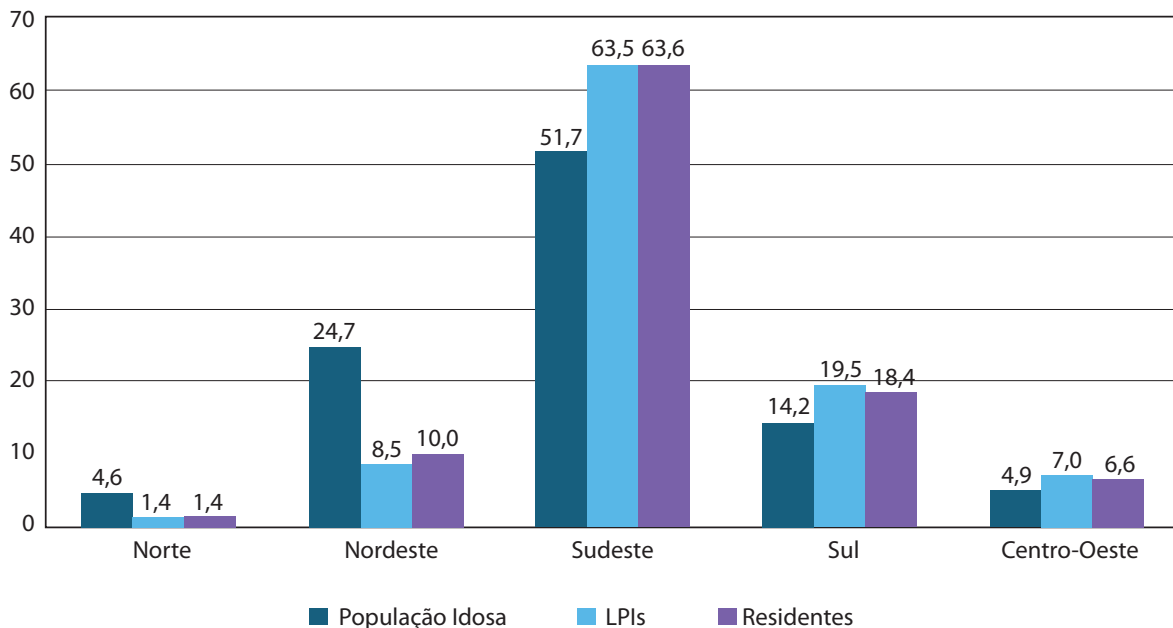
4.2 A localização espacial

As instituições brasileiras estão concentradas na região Sudeste e nas cidades maiores, conforme pode se observar nos gráficos 3 e 4. Aproximadamente dois terços destas localizam-se na região Sudeste, sendo que apenas o estado de São Paulo concentra 34,3% do total. Este é um resultado esperado dado que a maior proporção da população idosa se localiza nesta região. No entanto, observa-se uma super-representação das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste e uma sub-representação das demais, se se levar em conta a distribuição da população idosa. Por exemplo, a região Nordeste concentra 24,7% da população idosa brasileira e 8,5% das instituições. Já na região Sudeste, encontram-se 51,7% da população idosa e 63,5% das instituições brasileiras. A mesma conclusão se obtém quando se compara a população idosa com a residente nas ILPIs, mostrada no gráfico 3.

7. Ressalta-se que este grande crescimento das instituições privadas com fins lucrativos, pode ser explicado pelo fato de que estas são mais vulneráveis a serem abertas e fechadas.

GRÁFICO 3
 Distribuição proporcional da população idosa, das ILPIs e de seus residentes, segundo as regiões brasileiras – 2007-2009

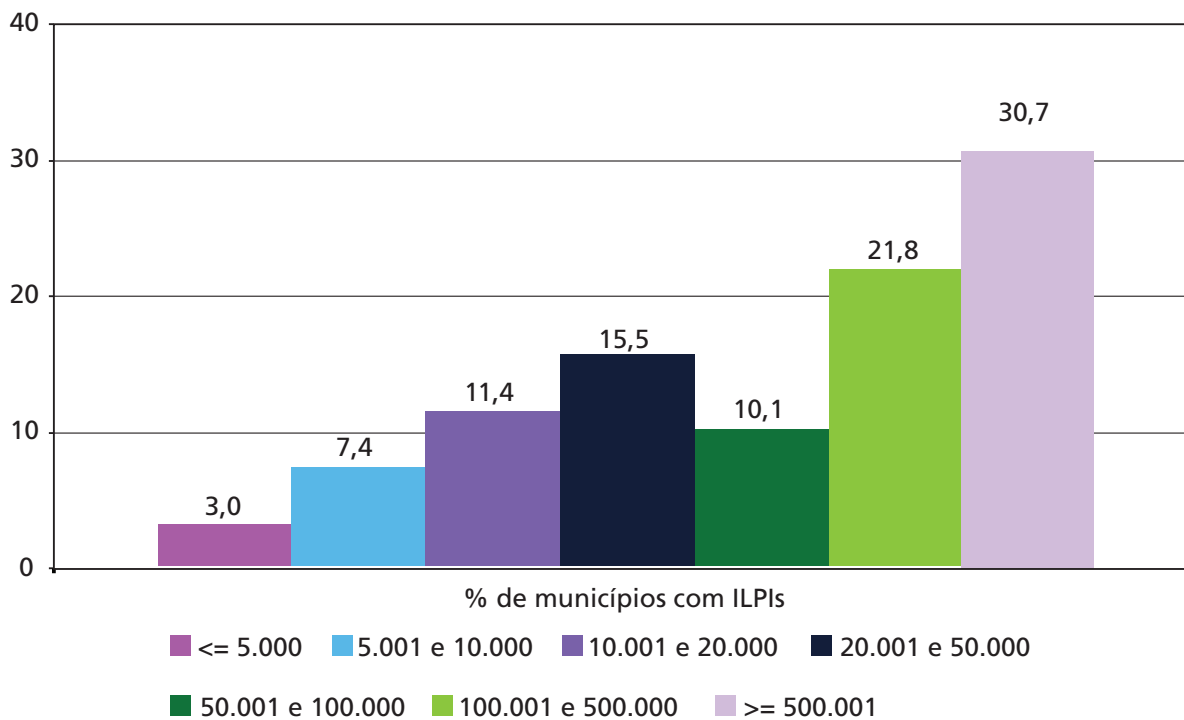
(Em %)



Fontes: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

GRÁFICO 4
 Distribuição proporcional das ILPIs brasileiras por tamanho dos municípios – 2007-2009

(Em %)



Fontes: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

Observa-se, também, uma concentração das instituições nas grandes cidades. É o que mostra o gráfico 4, que apresenta sua proporção por tamanho de municípios. Aproximadamente 31% das instituições brasileiras identificadas está localizada nas cidades com mais de 500 mil habitantes.⁸ Nas cidades com menos de 10 mil habitantes, encontram-se 10,4% do total. Esta discrepância na distribuição espacial fica reforçada na tabela 2 que apresenta o número médio de instituições por municípios. Enquanto nas cidades com menos de 5 mil habitantes, este número foi de 0,08, nas com mais de 500 mil habitantes, ele atingiu 24,2.

TABELA 2
Número total e médio de ILPIs por municípios e segundo seu tamanho – Brasil, 2007-2009

	Número médio de ILPIs nos municípios	Número total de ILPIs
<= 5.000	0,08	105
5.001 e 10.000 hab.	0,20	258
10.001 e 20.000 hab.	0,29	400
20.001 e 50.000 hab.	0,51	536
50.001 e 100.000 hab.	1,10	348
100.001 e 500.000 hab.	3,06	704
>= 500.001 hab.	24,18	943
Total	0,59	3294

Fontes: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

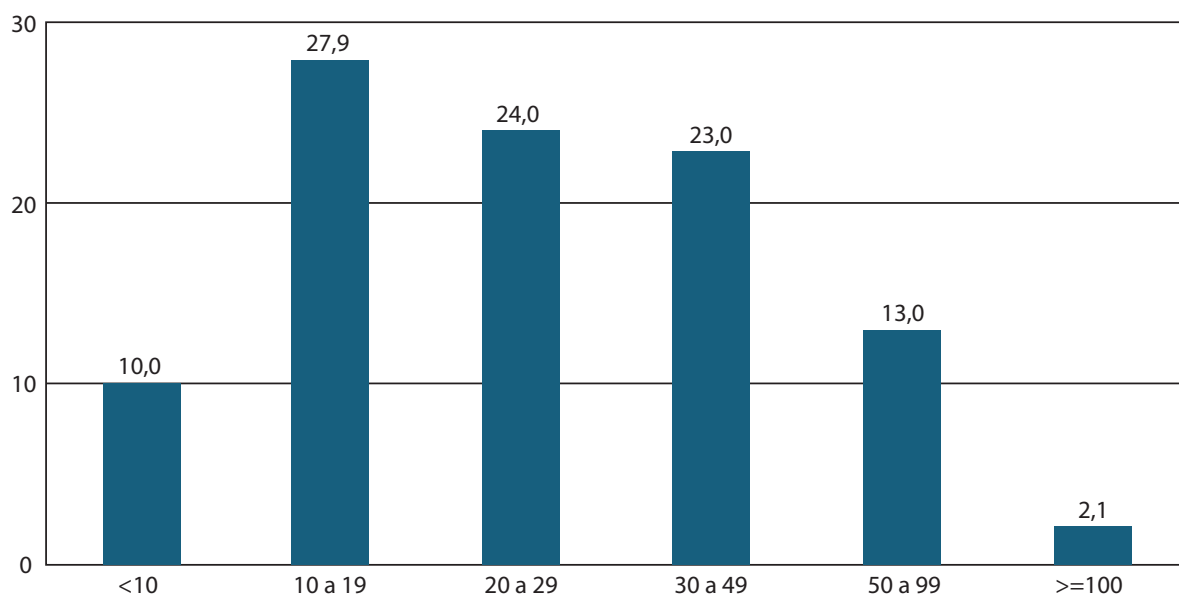
4.3 Características de sua infraestrutura física

4.3.1 Tamanho

Em média, cada ILPI brasileira abriga 30,4 residentes, sugerindo que são instituições pequenas. Este número é, no entanto, afetado pelos extremos. No gráfico 5 pode-se observar que predominam as instituições que abrigam menos de 20 residentes, estas são responsáveis por 38% do total. Em segundo lugar em frequência, colocam-se as que contam com 20 a 29 residentes (24%), que são seguidas pelas de 30 a 49 residentes (23%). Aproximadamente 15% podem ser consideradas instituições grandes, em que moram 50 idosos ou mais. Alguns estados têm instituições com pouquíssimos residentes. Em alguns estados como Rio Grande do Norte, Pernambuco, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, algumas instituições declararam ter apenas dois residentes. Em Minas Gerais e no Paraná foram encontradas instituições com apenas um residente. Nas duas maiores instituições, residem 427 e 299 pessoas, instituições estas localizadas em São Paulo e no Rio de Janeiro, respectivamente.

8. Embora esteja se referindo ao tamanho das cidades, a variável utilizada é o tamanho dos municípios.

GRÁFICO 5
Distribuição proporcional das ILPIs por número de residentes – Brasil, 2007-2009
(Em %)



Fontes: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

4.3.2 Infraestrutura física

Para caracterizar a infraestrutura física, foram considerados três indicadores: área total e construída, espaços disponíveis e número de leitos por quarto (ocupados e vagos). No que se refere aos dois primeiros, pode-se dizer que as instituições brasileiras ocupam amplos terrenos. A tabela 3 mostra que, em média, elas estão localizadas em áreas de 6.860 m², com área média construída de 1.210 m², o que representa aproximadamente, 20% da área total. A variabilidade, no entanto, é enorme, como se pode observar pelos valores máximos e mínimos da tabela mencionada. Em termos de área construída, a menor está localizada no estado de Minas Gerais e a maior no Rio de Janeiro.

TABELA 3
Estatísticas da área física e construída das instituições de longa permanência – Brasil, 2007-2009
(Em m²)

	Em m ²	
	Área física total	Área construída
Média	6.859,45	1.208,41
Mínimo	100,00	30,00
Máximo	192.565,00	42.278,00
ILPs respondentes	2.573	2.591

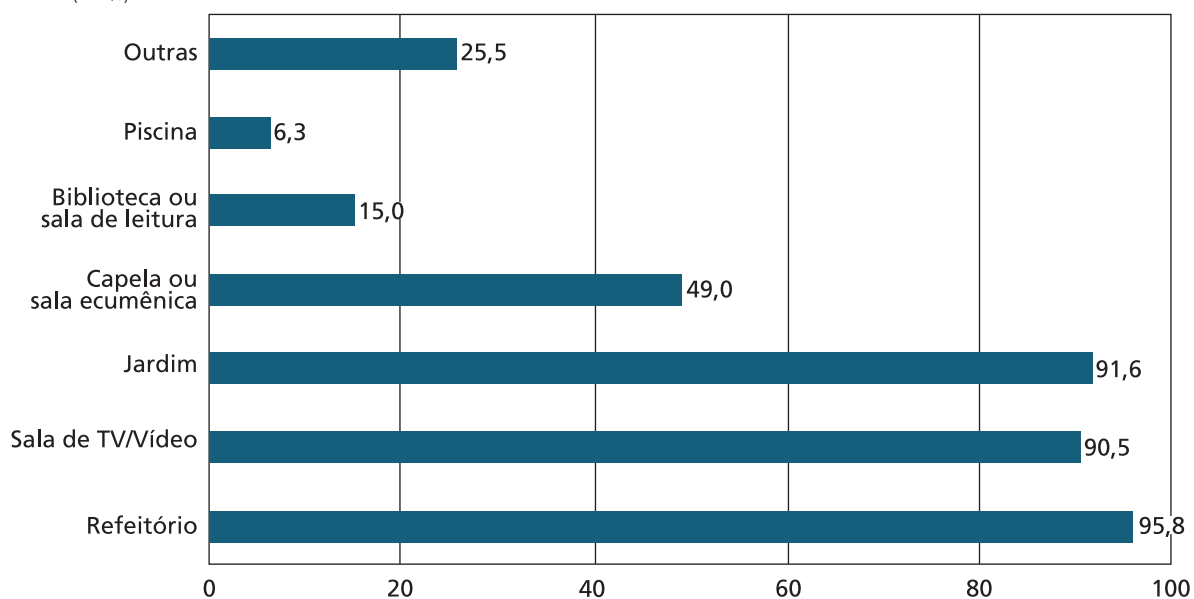
Fontes: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

Outro indicador importante para caracterizar a infraestrutura física dessas instituições é a distribuição de seus espaços internos e externos (gráfico 6). Observa-se que mais de 90% das ILPIs brasileiras declararam possuir refeitório, jardim, pátio, quintal e salas de televisão e de vídeo, sendo o refeitório o espaço mais frequente. Isto sugere a possibilidade de áreas para refeição, lazer, descanso ou atividades ao ar livre dos residentes, o que permite algum grau de integração entre eles. Aproximadamente 50% das instituições afirmam dispor de sala ecumênica e/ou capela, o que, como esperado é mais comum nas instituições religiosas.

GRÁFICO 6

Proporção de ILPIs que declararam possuir os espaços mencionados – Brasil, 2007-2009

(Em %)



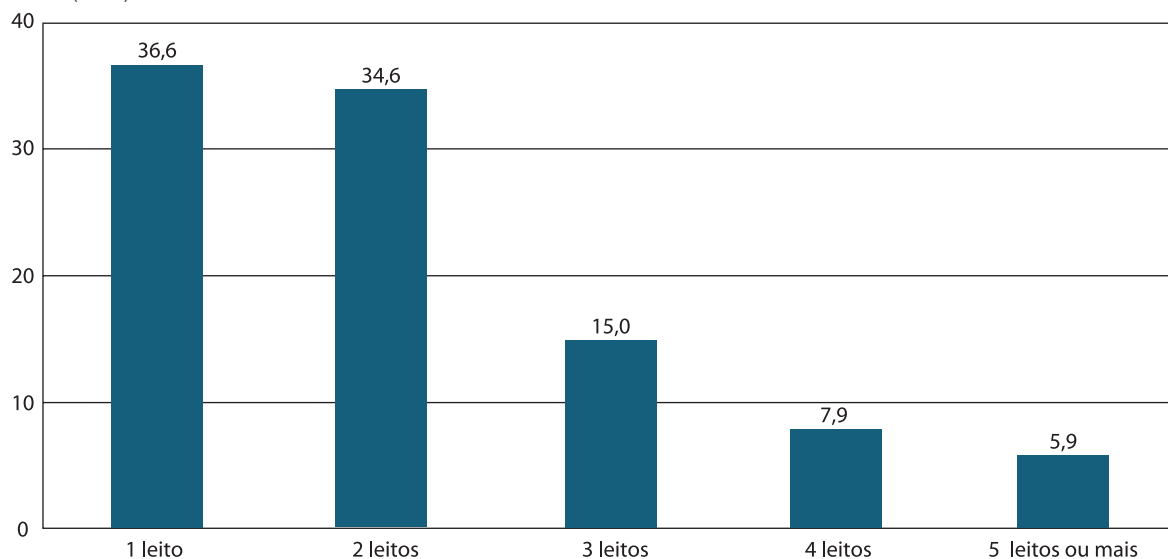
Fontes: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

No conjunto das instituições pesquisadas, encontrou-se 109.447 leitos, dos quais 91,6% estavam ocupados, ou seja, pode-se falar que as instituições estão operando com quase toda sua capacidade. Foi considerada, também, no gráfico 7, a distribuição dos quartos das instituições por número de leitos. Aproximadamente 72% dos quartos das instituições brasileiras têm um ou dois leitos e 5,9% têm cinco leitos 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 ILPIs podem ter, no máximo, quatro leitos. Foi no estado do Espírito Santo, que se encontrou a proporção mais elevada de quartos nessa condição.

GRÁFICO 7

Distribuição proporcional dos quartos nas instituições de longa permanência segundo o número de leitos – Brasil, 2007-2009

(Em %)



Fontes: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

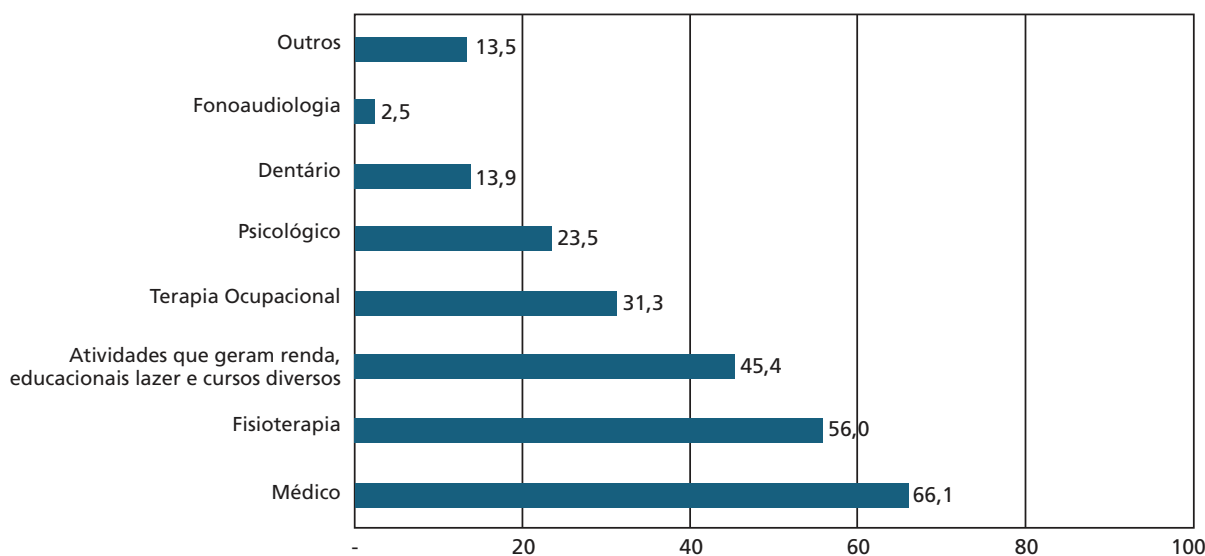
4.4 Serviços oferecidos

Muito embora as instituições de longa permanência não possam ser consideradas instituições de saúde, os serviços de saúde são os principais oferecidos. Por exemplo, oferta de serviços médicos e de fisioterapia foram citados por 66,1% e 56% delas, respectivamente. Ressaltam também, os serviços disponibilizados de terapia ocupacional (31,3%) e os psicológicos (23,5%), como mostra o gráfico 8. Estas informações referem-se a serviços oferecidos nas instituições. Por outro lado, a oferta de atividades que geram renda, bem como de lazer e/ou cursos diversos, é baixa. É encontrada em menos de 50% das instituições pesquisadas. Entre as encontradas, predominam as atividades voltadas para as mulheres, que constituem 57,3% dos residentes. O papel dessas atividades é o de estimular algum grau de integração entre os residentes, e até mesmo, ajudá-los a exercer um papel social. Apesar de o enfoque das instituições ser voltado para os serviços de saúde, 34,9% dos residentes são independentes, sendo que entre estes, predominam as mulheres, dado que estas são a maioria entre os residentes. No entanto, a proporção de homens independentes (38,9%) é maior que a de mulheres (31,9%).

GRÁFICO 8

Proporção de instituições de longa permanência que declararam oferecer os serviços mencionados – Brasil, 2007-2009

(Em %)



Fontes: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

4.5 Custos e recursos com que contam as instituições

Em média, cada instituição gasta R\$ 717,91 por residente, valor este muito afetado pelos valores extremos. O gasto mínimo *per capita* é de R\$ 92,62, observado em uma instituição em Alagoas, e o máximo de R\$ 9.230,77, declarado por uma instituição em São Paulo. Salienta-se que o custo de uma instituição é muito afetado pela sua natureza jurídica e oferta de serviços. Como se viu anteriormente, a maioria das instituições brasileiras são filantrópicas, o que lhes assegura isenções de taxas de alguns impostos, as faz mais propensas a receberem doações, tanto em espécie quanto em dinheiro, e a contarem com pessoal voluntário e/ou cedido dos governos nas suas várias esferas.

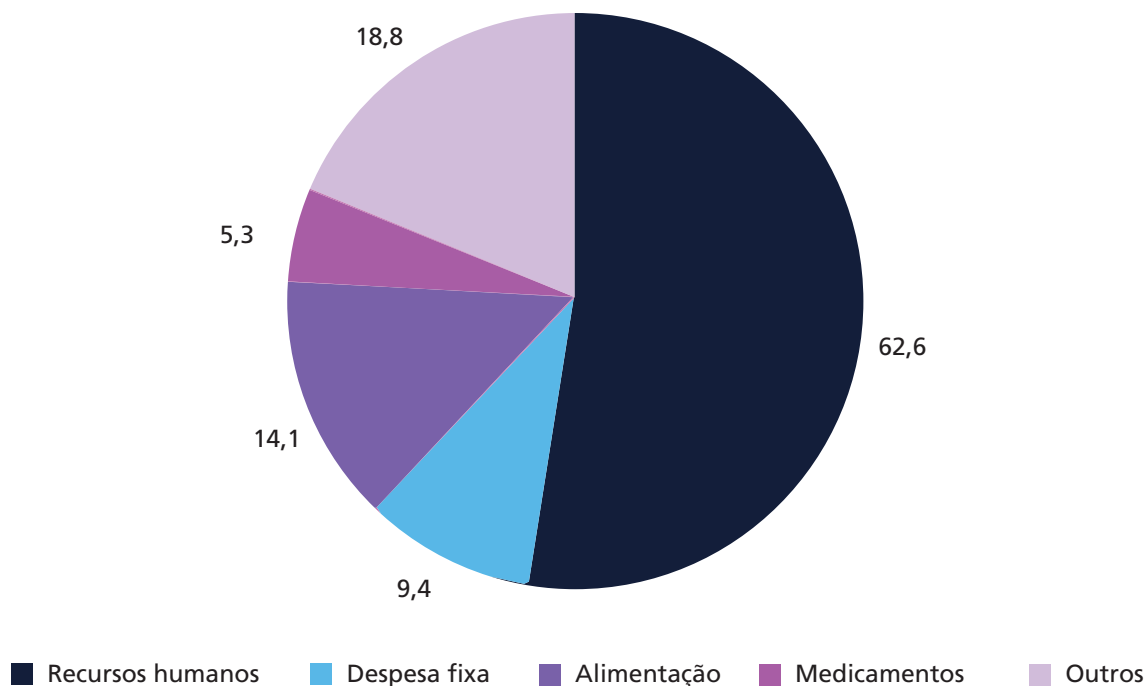
A forma pela qual os gastos são distribuídos nas instituições está apresentada no gráfico 9. A maior parcela dos recursos é destinada ao pagamento dos funcionários. Tal rubrica responde por 52,5% do total dos gastos das ILPIs brasileiras. Aproximadamente 14% dos gastos são destinados à alimentação e 9,4% ao pagamento de despesas fixas – telefone, gás, água. Os medicamentos são responsáveis por uma parcela relativamente baixa dos gastos das ILPIs, cerca de 5%. Isto é explicado, em parte, pelo fato de muitas vezes

estas despesas ficarem a cargo dos familiares ou advirem de doações em espécie. Os outros 18,8% de gastos referem-se a despesas com aluguel, pequenos consertos, combustível, manutenção da casa e/ou aquisição de material de escritório.

GRÁFICO 9

Composição percentual dos gastos das instituições de longa permanência – Brasil, 2007-2009

(Em %)



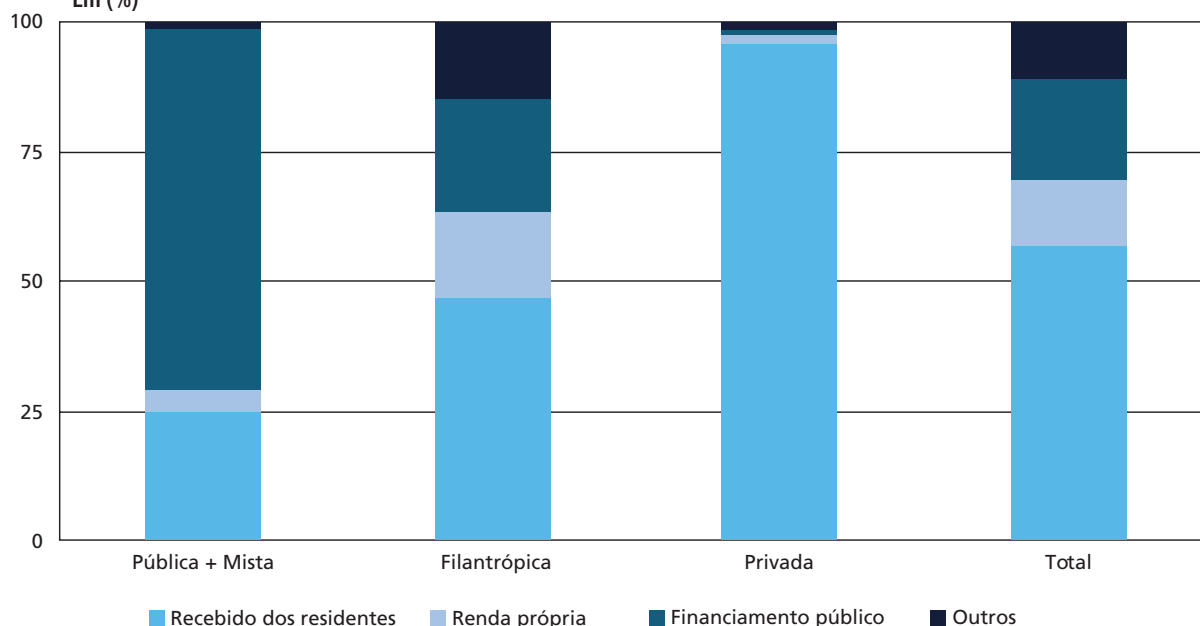
Fontes: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

As instituições brasileiras vivem principalmente do recurso aportado pelos residentes e/ou familiares, mesmo as filantrópicas que recebem financiamento público. Neste caso, esse aporte é chamado de contribuição. O Estatuto do Idoso estabelece que esta pode alcançar até 70% do valor benefício do idoso.⁹ Já as instituições privadas cobram uma mensalidade, cujo valor é estipulado levando em conta as regras do mercado. Considerando o conjunto das instituições, aproximadamente 57% das receitas é oriunda de contribuição ou de mensalidade dos residentes e/ou familiares, como mostra o gráfico 10. A segunda proporção mais elevada é composta pelo financiamento público – federal, estadual ou municipal –, em torno de 20%. Considerando esta informação desagregada pela natureza jurídica, observa-se que nas instituições filantrópicas a participação da renda do idoso e/ou dos familiares é também elevada (46,6%) e a contribuição do setor público é de aproximadamente 22% de suas receitas. As instituições, em geral, contam também com recursos próprios, que compõem 12,6% do total das receitas.

9. O Art. 35 do Estatuto do Idoso atribui ao Conselho Municipal do Idoso ou ao Conselho Municipal da Assistência Social a responsabilidade em definir a forma de participação do idoso no custeio da entidade. As instituições públicas não podem cobrar nenhum tipo de contribuição e ainda devem fornecer vestuário adequado e alimentação suficiente, de acordo com o Art. 50.

GRÁFICO 10

Composição percentual do financiamento das instituições de longa permanência por natureza jurídica – Brasil, 2007-2009
Em (%)



Fontes: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPq.

Como se pode observar, a contribuição do financiamento público não é muito expressiva. Esta contribuição aparece, também, na forma de parcerias, o que é feito com o setor privado. Neste caso, cita-se o Sistema S, as associações religiosas e as universidades. No caso do setor público, esta se expressa, entre outras formas, pelo fornecimento de medicamentos e de serviços médicos. Já com as universidades, sob a forma de estágio supervisionado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população brasileira tem sido acompanhado pelo envelhecimento da própria população idosa e pelas transformações acentuadas nos arranjos familiares, na nupcialidade e na maior participação da mulher no mercado de trabalho, em um contexto de fecundidade baixa. A mulher de hoje, pode ter mais recurso para pagar pelo cuidado de seus membros dependentes, mas com certeza terá menos tempo para despender com este cuidado. Isto requer que o setor público e o mercado privado dividam com a família a responsabilidade de cuidar do idoso dependente.

Uma das modalidades de cuidado que se discutiu neste estudo são as ILPIs. No quadro das políticas brasileiras, estas, embora residuais, têm sido as mais importantes. Seu caráter residual pode ser decorrente do fato destas instituições estarem muito associadas às ações da caridade cristã.

Sugere-se neste texto que alternativas intermediárias de cuidados também deveriam ser consideradas nas políticas públicas. Isto significa a criação de uma rede de assistência, formada por centros de convivência, centros dia, atendimento domiciliar, apoio para o cuidador familiar, em suma, de outras formas de atenção que promovam a integração do idoso na família e na sociedade.

No entanto, cada uma dessas modalidades vai atender as necessidades diferenciadas e não vão eliminar totalmente a demanda por instituições residenciais. Sempre vão existir idosos totalmente dependentes, com carência de renda, que não constituíram família ou vivem uma situação familiar conflituosa, ou seja, que precisarão de um abrigo e de cuidados não familiares. O pertencimento a uma instituição pode representar uma alternativa de amparo, proteção e segurança. Portanto, é importante que, entre outros fatores, haja uma mudança de percepção com relação a residência em instituições e que as ILPIs sejam parte da infraestrutura básica de qualquer cidade.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Diário Oficial da União. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 283, de 26 de setembro de 2005**. Brasília, 2005. Disponível em: <www.portalsaude.gov.br>.
- BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>.
- CAMARANO, A. A. (Org). **Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas**. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos/Presidência da República, v. 1, 2005. 144 p.
- _____. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. *In*: NÉRI, A. L. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Sesc, 2007a. p. 169-190.
- _____. **Características das instituições de longa permanência para idosos: região Norte**. Brasília: Ipea; Presidência da República, 2007b.
- _____. **Características das instituições de longa permanência para idosos: região Nordeste**. Brasília: Ipea; Presidência da República, 2008a.
- _____. **Características das instituições de longa permanência para idosos: região Centro-Oeste**. Brasília: Ipea; Presidência da República, 2008b.
- _____. **Características das instituições de longa permanência para idosos: região Sul**. Brasília: Ipea; Presidência da República, 2008c.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados**. Rio de Janeiro: Ipea, 2009. (Texto para discussão, n. 1426).
- CAMARANO, A. A.; SCHARFSTEIN, E. **Instituições de longa permanência para idosos: abrigo ou retiro?** Rio de Janeiro, 2010. Mimeografado.
- COSTA, E. F. A. **Análise de soroprevalência para as infecções pelos vírus das hepatites B e C em idosos residentes em asilos no município de Goiânia-GO**. Dissertação (Mestrado) – IPTSP, Universidade de Goiás, Goiás, 2004. 122p.
- DEBERT, G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Fapesp, 1999.
- GROISMAN, D. **A infância do asilo: a institucionalização da velhice no Rio de Janeiro da virada do século**. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. IMS, Rio de Janeiro, 1999. 124 p.
- KARSCH, U. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 19, v. 3, 2003. p. 861-866
- NOVAES, R. H. L. **Os asilos de idosos no Estado do Rio de Janeiro – repercussões da (não) integralidade no cuidado e na atenção à saúde dos idosos**. Dissertação (Mestrado) – IMS, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

Ipea - Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

