

O acesso à política de saúde pelas pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência no Espírito Santo, Brasil

Cordeiro, Monique Simões
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

 monique.cordeiro@ufes.br

 [0000-0001-8331-0714](https://orcid.org/0000-0001-8331-0714)

Documento recibido: 29 septiembre 2024

Aprobado para publicación: 01 marzo 2025

Resumen

El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población han generado una demanda creciente de servicios dirigidos a la población mayor. Las instituciones de larga estancia para personas mayores surgen como una alternativa de acogida, especialmente para quienes tienen dificultades para realizar las actividades cotidianas y enfrentan la ruptura de vínculos familiares y comunitarios. Este estudio investigó la interfaz entre las políticas de salud y asistencia social en las instituciones de larga estancia públicas y filantrópicas en Espírito Santo. A través de investigación cualitativa, con entrevistas semiestructuradas a profesionales de las instituciones de larga estancia, se constató que estas instituciones asumen la responsabilidad por la atención de la salud de las personas mayores, pero funcionan sin la estructura adecuada, debido a la falta de rendición de cuentas por parte de la política de salud.

Palabras clave: Institución de cuidados de larga estancia; Envejecimiento de la población; Interfaz entre políticas; Salud de las personas mayores; Brasil

Abstract

The increase in life expectancy and the aging of the population have generated a growing demand for services aimed at the elderly population. Long-stay institutions for the elderly emerge as a reception alternative, especially for those who have difficulties in carrying out daily activities and face the rupture of family and community ties. This study investigated the interface between health and social assistance policies in philanthropic and public long-stay institutions in Espírito Santo. Through qualitative research, with semi-structured interviews with long-stay institutions professionals, it was found that these institutions assume responsibility for the health care of elderly people, but operate without the appropriate structure, due to the lack of accountability on the part of the health policy.

Keywords: Long-term care institutions; Population aging; Interface between policies. Elderly health; Brazil

Resumo

O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população têm gerado uma crescente demanda por serviços voltados à população idosa. As Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPIs) emergem como uma alternativa de acolhimento, especialmente para aqueles que possuem dificuldades na realização de atividades diárias e enfrentam a ruptura de vínculos familiares e comunitários. Este estudo investigou a interface entre as políticas de saúde e assistência social nas ILPIs filantrópicas e públicas do Espírito Santo. Por meio de uma pesquisa qualitativa, com entrevistas semiestruturadas com profissionais das ILPIs, constatou-se que essas instituições assumem a responsabilidade pelo cuidado à saúde das pessoas idosas, mas operam sem a estrutura adequada, em função da falta de responsabilização por parte da política de saúde.

Palavras-chave: Instituição de longa permanência; Envelhecimento populacional; Interface entre políticas; Saúde idosos; Brasil

Introdução

Em perspectiva histórica, assistimos à conquista do processo de envelhecimento e ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, na medida em que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹ de 2010 a 2022 houve um acréscimo de aproximadamente 8 milhões de pessoas idosas, o que representa um crescimento de 57,8% no número de pessoas acima de 60

¹Disponível em: <https://tinyurl.com/wf8yajcz> Acesso em: 17 de março de 2023.

anos². Estima-se que em 2060 um quarto da população terá mais de 65 anos, o equivalente a aproximadamente 58,2 milhões de pessoas idosas no Brasil.

Das demandas em crescimento podem-se citar as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), posto que, com o aumento de pessoas idosas há uma porcentagem maior desse público, principalmente daqueles com algum grau de dependência³ (com dificuldades para o desempenho das atividades diárias), que necessitarão de serviços de acolhimento. Conforme o art. 37 do estatuto da pessoa idosa promulgado em 2003, a institucionalização da pessoa idosa na entidade de longa permanência será realizada apenas “quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família”. De acordo com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS) de 2005, as ILPI’s se caracterizam como um serviço da política de assistência social, integrando a proteção social especial⁴ da alta complexidade.

Existem no Brasil 7029 unidades de acolhimento para pessoas idosas (governamentais e não governamentais), conforme o mapeamento realizado em 2021 por membros da Frente Nacional de Fortalecimento às ILPI’s⁵. As mesmas estão concentradas principalmente na região Sul e Sudeste (86,87% das ILPI’s estão localizadas nas respectivas regiões), revelando, portanto, uma desigualdade de oferta do referido serviço.

A crescente demanda pela institucionalização é evidente, uma vez que, em 2010, havia 3.583 Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) (Lacerda et al, 2021). Em cerca de uma década, esse número aumentou em 49%.

Em 2019 o Ministério Público do Espírito Santo (MPES) realizou um panorama de acolhimento institucional para pessoas idosas do Estado⁶. Conforme esse panorama existe no Espírito Santo um total de 92 instituições e 2.171 pessoas idosas institucionalizadas. Quanto à natureza das ILPI’s, há apenas

² Definição etária para classificação de pessoa idosa adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) para os países em desenvolvimento.

³ “12 a 16% dos idosos maiores de 60 anos apresentam algum grau de incapacidade para realizar pelo menos uma atividade da vida diária (comer, levantar-se da cama, sair da cama para a cadeira, ir ao banheiro, tomar banho e cerca de 2 a 3% encontram-se completamente dependentes para todas as atividades)” (Giacomin, 2012: 30).

⁴ “A proteção social especial tem por objetivos prover atenções sócio assistenciais a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social” (Brasil, 2005:18).

⁵ “A Frente Nacional de Fortalecimento às ILPIs é um espaço democrático de estudos, pesquisas, planejamento, articulações e fomento, instituído com as finalidades de: estimular ações de apoio às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), de qualquer natureza - privadas sem fins lucrativos; privadas com fins lucrativos e públicas; empreender e propor ao Poder Público e à Sociedade Civil Organizada ações coordenadas para o aperfeiçoamento das Políticas Públicas de Cuidados de Longa Duração à Pessoa Idosa”. Disponível em: <https://frente-ilpi.com.br/>. Acesso em: 09 de abril de 2023.

⁶ Disponível em: <https://tinyurl.com/4ryzv856>

4 instituições governamentais e 88 não governamentais, sendo 51 privadas com fins lucrativos e 37 privadas sem fins lucrativos, ou seja, filantrópicas.

É comum que pessoas idosas fiquem mais suscetíveis a doenças crônico-degenerativas, que podem gerar incapacidade e perda da autonomia. Além disso, outras diversas necessidades de atendimento à saúde das pessoas idosas institucionalizados/as são apresentadas (Andrade, 2020).

Considerando o princípio organizativo do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da “articulação intersetorial de competências entre SUAS e Sistema único de Saúde (SUS), através da rede de serviços complementares para desenvolver ações de acolhida”⁷ (Brasil, 2005:15), e em razão da necessidade de ações da política de saúde para a população idosa abrigada nas ILPI’s, torna-se fundamental buscar resposta para a questão: como se constitui a interface das políticas de saúde e da política de assistência social no âmbito das ILPI’s filantrópicas no estado do Espírito Santo?

Metodologia

Para o desenvolvimento da pesquisa utilizamos abordagem qualitativa, na qual analisamos as narrativas e experiências dos profissionais das ILPI’s com o objetivo de compreender o contexto do problema. Realizamos uma pesquisa de campo nas ILPIs filantrópicas e públicas do Espírito Santo. O estado possui 10 microrregiões⁸, mas a microrregião central-serrana não conta com nenhuma ILPI no momento. Assim, os dados foram coletados por amostragem nas 9 microrregiões restantes, totalizando 12 instituições, sendo 10 de natureza privada sem fins lucrativos (filantrópicas) e 2 de natureza governamental (públicas).

Tabela 1 - Quantidade de ILPI's filantrópicas e públicas por região

REGIÃO	QUANTIDADE ILPI's
Caparaó	4
Central-Sul	8
Centro-oeste	4
Litoral sul	4
Metropolitana	10
Nordeste	3
Noroeste	4
Rio Doce	2
Sudoeste Serrana	2
Total	41

Fonte: elaboração própria, 2022.

⁷ “A segurança de acolhida supõe a oferta de ações de abordagem em territórios de incidência de situações de risco, bem como redes de serviços para locais de permanência de indivíduos e famílias sob curta, média e longa permanência, através de alojamentos, vagas de albergagem e abrigos” (BRASIL, 2005, p.18).

⁸ (1) - Metropolitana, (2) - Central Serrana, (3) - Sudoeste Serrana, (4) - Litoral Sul, (5) - Centro Sul, (6) Caparaó, (7) - Rio Doce, (8) - Centro-Oeste, (9) - Nordeste e (10) - Noroeste.

Na região metropolitana e na região central-sul realizamos a pesquisa de campo em mais de uma instituição, pois é onde se concentra um maior número de ILPIs. Entendemos que esse recorte possibilita uma confiabilidade quantitativa e qualitativa da pesquisa, na medida em que se caracteriza por uma abrangência de todas as regiões do estado e possibilita configurar instituições de realidades diferenciadas, conforme as condições regionais.

Para escolher as ILPIs pesquisadas utilizamos a técnica da bola de neve. Essa técnica é uma ferramenta que pode auxiliar o pesquisador a chegar a fontes que possam contribuir com seu objeto de estudo. Segundo Vinuto (2014, p. 204)

[...] é um processo de permanente coleta de informações, que procura tirar proveito das redes sociais dos entrevistados identificados para fornecer ao pesquisador com um conjunto cada vez maior de contatos potenciais, sendo que o processo pode ser finalizado a partir do critério de ponto de saturação.

Dessa forma, a técnica de bola de neve foi aplicada da seguinte maneira: estabelecemos contato com um profissional que atua em uma ILPI e que faz parte da rede de contatos da pesquisadora. A partir dessa conexão, foi criada uma rede de indicações, onde cada profissional entrevistado sugeriu outro, formando um grupo a ser abordado. Esse processo continuou até que a pesquisa atingisse seu objetivo e o ponto de saturação.

Privilegiamos a entrevista como técnica de coleta de dados e informações do campo, as quais foram construídas de forma semi-estruturada. Inicialmente, nossa intenção era entrevistar os coordenadores das instituições. No entanto, alguns coordenadores preferiram que profissionais de saúde ou assistentes sociais conduzissem ou acompanhassem as entrevistas, pois acreditavam que esses profissionais tinham maior domínio sobre os temas abordados.

A partir das entrevistas buscamos responder se as ações realizadas no campo da saúde são capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa institucionalizada. Buscamos também a partir dessa técnica identificar se o plano integral à saúde da pessoa idosa foi implementado e se as ações previstas estão sendo concretizadas.

As entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas. A partir das transcrições, elaborou-se um quadro empírico que organizou as respostas obtidas por tema. Em seguida, foram identificadas tanto as homogeneidades quanto as diferenciações nas respostas. Por fim, realizou-se a contextualização do conjunto de falas em relação às legislações vigentes e à realidade socio-histórica das instituições envolvidas.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, cujo parecer corresponde ao número 4.454.212, enviado em 10 de dezembro de 2020. Ressaltamos que em todo o processo da pesquisa foram atendidos os princípios éticos dispostos na resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Tabela 2 - Função dos entrevistados/as

Instituição	Função dos entrevistados
-------------	--------------------------

1	Enfermeira
2	Enfermeira e Fisioterapeuta
3	Enfermeira e Assistente Social
4	Coordenadora (enfermeira)
5	Assistente Social
6	Coordenador
7	Assistente Social
8	Assistente Social
9	Assistente Social
10	Assistente Social e Técnica de Enfermagem
11	Coordenadora (assistente social)
12	Assistente Social

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A pessoa idosa, a família e o estado

O comprometimento das atividades da vida diária e a conseqüente perda da independência por parte daqueles que envelhecem têm se tornado um grande desafio no cotidiano das famílias.

A necessidade de cuidado varia conforme o grau de dependência, que é determinado pela capacidade do indivíduo exercer suas Atividades da Vida Diária (AVD's) (Camarano, et al, 2010). Pasinato et al. (2010) referem-se a dois tipos de apoios que podem ser ofertados: o funcional e o instrumental. O primeiro "representa a necessidade de auxílio para a realização das atividades mais básicas do cotidiano, como tomar banho, vestir-se, comer, deitar, sentar ou levantar, caminhar, sair de casa, e ir ao banheiro" (p. 40). Já o apoio instrumental "diz respeito às AVDs, que envolvem preparar refeições, fazer compras, realizar tarefas domésticas leves, tarefas domésticas pesadas e cuidar do próprio dinheiro" (p. 40). Logo, se a pessoa idosa possui necessidade de apoio apenas nas tarefas consideradas instrumentais e são supridas com assistência de terceiros, ela consegue manter uma vida autônoma. No entanto, as limitações consideradas funcionais "representam a perda concreta da independência desses idosos" (Pasinato et al, 2010:41).

Conforme pesquisa divulgada pelo IBGE⁹, com dados de 2019, estima-se que 3,3 milhões de pessoas idosas possuem alguma limitação para realizar AVD, representando 9,5% da população idosa no país. Outra evidência é que, a partir dos 75 anos a proporção de idosos com limitações aumenta, chegando a 18,5%. Ainda de acordo com a pesquisa, um em cada quatro pessoa idosa tinha algum tipo de deficiência em 2019. Contudo, consideramos importante observar que a pessoa portadora de deficiência não necessariamente vive em situação de dependência, podendo manter sua vida de forma autônoma.

Tradicionalmente as demandas de cuidados foram supridas pelos familiares, sobretudo por mulheres da família, inclusive, em algumas situações é comum a mulher ser responsável pelo cuidado das crianças e dos pais ou/e sogros idosos (Camarano et al., 2010). Posto isto, Cisne (2014) aponta a família

⁹ Disponível em: <https://tinyurl.com/42ydea6x>. Acesso em 15 de março de 2023.

como uma importante chave de exploração e opressão sobre as mulheres, já que é a mulher a responsável “pela satisfação das necessidades dos membros das famílias por meio de um trabalho não remunerado” (p. 82). Além de ser não remunerado, o trabalho doméstico é considerado de menor relevância social e improdutivo, porém em sua essência ele é crucial para sustentabilidade da vida humana e para acumulação capitalista, já que desoneram “o capital dos custos do cuidado com a força de trabalho” (Teixeira, 2020:148).

Concomitante ao trabalho de cuidado exercido em sua maioria pelas mulheres, as mesmas estão cada vez mais inseridas no mercado de trabalho. Um levantamento realizado pela consultoria Idados em 2020¹⁰, com dados do IBGE, demonstra que quase metade das casas do país (47,5%) são chefiadas por mulheres. Esse número vem crescendo, visto que, em oito anos mais de 11 milhões de mulheres são responsáveis financeiramente pelos domicílios. Constatamos, portanto, as múltiplas jornadas de trabalho exercidas pelas mulheres, onde “esse modo de produção se apoia na exploração do trabalho doméstico da mulher, assim como na exploração da força de trabalho feminina na esfera produtiva, na qual, via de regra, recebem baixos salários e são desvalorizadas” (Cisne, 2014:85).

Outra realidade que tem se alterado – especialmente devido ao aumento do desemprego - é a dependência financeira dos filhos em relação aos pais idosos. Em alguns casos, os “pais idosos continuam sendo os provedores, mesmo quando são funcionalmente dependentes. Quando os filhos têm filhos, o cuidado com estes compete com o cuidado ao idoso” (Camarano et al 2010:113).

A situação se complexifica quando se trata de famílias de baixa renda. Nessas circunstâncias, as pessoas idosas costumam gastar seus proventos integralmente com as contas fixas (gastos com moradia e alimentação). O cuidado com sua saúde, despesas com lazer e autocuidado (atividade física, vestimentas, salão de beleza, etc.), raramente podem ser inclusos em suas despesas financeiras (Almeida et al., 2021).

Com base em vários estudiosos do tema podemos afirmar que a família brasileira não poderá continuar desempenhando o seu papel de principal cuidadora dos membros idosos. Em primeiro lugar, precisamos desmistificar a crença de que a família é sempre o lugar do afeto, da solidariedade e do cuidado. O que comprova esse fato é que predominantemente no contexto familiar ocorrem as violações de direitos contra a população idosa. Podemos concluir, portanto, que a família, se constitui como um espaço contraditório, podendo ser o principal agente de proteção social dos seus membros ou de violação dos seus direitos.

Em segundo lugar, conforme já identificamos, há um aumento considerável de demandas de cuidado de pessoas idosas, em contrapartida há menos pessoas na rede familiar disponíveis para esse cuidado.

¹⁰Disponível em: <https://tinyurl.com/yzazuzxr> . Acesso em 04 de março de 2022.

De acordo com o IBGE¹¹ houve um aumento de 1,4 milhões entre 2016 a 2019 de familiares que ofertavam cuidados para parentes com mais de 60 anos.

Outro levantamento importante para a nossa análise é o aumento de pessoas idosas morando sozinhas. Em 2020, foi constatado no Brasil 4,3 milhões¹² de pessoas acima de 60 anos que se encontravam nessa condição. Diversos motivos podem levar a pessoa idosa a residir em um ambiente unipessoal, “como o processo de viuvez, a separação conjugal ou mesmo a ausência de parentes próximos” (Almeida et al., 2021, p. 6). Há, ainda, idosos que optam por morar sozinhos, seja para ter uma maior privacidade, tranquilidade, autonomia, entre outros motivos (Almeida et al, 2021).

No contexto brasileiro de extrema desigualdade social e alto índice de pobreza, muitas famílias não conseguem financiar os custos necessários para atender as demandas da pessoa idosa e também podem não estar preparadas para lidar com as adversidades da velhice.

Concordamos com Teixeira (2020), que a sociedade vive uma crise do cuidado, reflexo do “aumento da demanda e pela reduzida oferta na família e nas políticas públicas, que se agravam com as reformas neoliberais” (p. 135).

Isto posto, consideramos que o Estado brasileiro deva assumir como um risco social a perda da autonomia para o desempenho das AVD’s acarretada pela idade avançada. O Estado assumir esse risco social significa “que todos aqueles cujas famílias e redes sociais não podem oferecer cuidado apropriado devem ser cobertos pelos serviços públicos” (Camarano, et al 2010: 89).

Concordamos com Duarte, et al. (2010) que o cuidado dado pelos familiares é fundamental e deve ser um recurso protegido e amparado. “No entanto, as necessidades das pessoas idosas seriam mais bem atendidas com a combinação de ambos, cuidado informal e formal” (p. 136), de maneira mais equitativa. Nesse sentido, o Estado deve assumir “o cuidado como um direito social do cidadão, oferecendo serviços tanto para os idosos independentes quanto para os dependentes e suas famílias, no sentido de aliviar a carga do cuidado (Teixeira, 2020:153).

A interface entre as políticas de assistência social e de saúde no âmbito das ILPI’S

Buscaremos responder os seguintes questionamentos nesse tópico: quais são os principais problemas de saúde das pessoas idosas institucionalizados? Como são atendidas essas demandas de saúde? Como se dá a prescrição dos medicamentos? A instituição realizou e pactuou o plano integral de saúde com o município? Existe alguma dificuldade no atendimento às demandas de saúde das pessoas idosas? Essas foram as principais perguntas que nortearam a nossa entrevista junto às instituições.

¹¹ <https://tinyurl.com/56a7ct4z> Acesso em 16 de março de 2022.

¹² <https://tinyurl.com/3ywrce8> . Acesso em 16 de março de 2022.

No que concerne aos principais problemas de saúde das pessoas idosas abrigadas, a hipertensão fica em primeiro lugar, sendo que 11 de 12 instituições destacaram essa doença. Em seguida, diabetes (9 instituições), Alzheimer (4 instituições), demência (3 instituições), sequela de AVC e/ou AVC (3 instituições) e transtorno mental (3 instituições).

Conforme veremos nos relatos dos entrevistados, percebe-se que não há um padrão no atendimento das demandas de saúde dos idosos abrigados. Nas diferentes regiões esse atendimento ocorre de maneira diversa. Enquanto algumas instituições não têm conseguido uma boa articulação com a política de saúde e apontam inúmeras dificuldades, outras relatam estabelecer uma rotina de atendimento às demandas de saúde das pessoas idosas a partir de uma boa interface com a política de saúde.

O que podemos afirmar é que, mesmo as ILPIs que têm conseguido uma boa articulação com a política de saúde não descartam a importância de ter profissional de saúde dentro da instituição. Assim, 100% dos entrevistados relataram ser crucial a presença do referido profissional na ILPI ou disseram que se houvesse, iria contribuir muito para o atendimento das necessidades de saúde das pessoas idosas.

(...) o que é no caso algum dispositivo que eu tenho que fazer, intravenoso ou alguma coisa intramuscular só eu que faço (enfermeira falando). Eles (cuidadores) não estão mais autorizados a fazer dispositivos que sejam invasivos, só são autorizados a fazer medicação via oral e os cuidados físicos, né? (Instituição 2, 2022).

Seria benéfico, porque seria mais qualificado que eu (assistente social). Para além disso, nós teríamos uma amplitude de atender essa população que está desprovida né?! Eu nego vaga porque eu não tenho profissional adequado para fazer o cuidado necessário. Porque é muito difícil para eu aceitar um idoso que usa sonda, ou gastro, que tenha uma tráquea e eu que vou orientar meu cuidador... eu não tenho segurança para isso (Instituição 8, 2022).

Fundamental pela orientação e pelo suporte que ela dá aos cuidadores. Porque o cuidador de idoso ele não tem uma formação, nem técnica, né? Porque é um curso que a gente faz em três meses, às vezes é uma capacitação, né? Então assim, a expertise, a experiência e o saber do profissional da enfermagem faz toda a diferença: no uso de uma medicação, na contraindicação de uma medicação, sinais, por exemplo, de um AVC, que as pessoas começam a ter sintomas... Então a enfermagem, a enfermeira no caso, tem esse olhar holístico, sabe? Até porque ela está em todos os plantões, entendeu? (Instituição 7, 2022).

Seria benéfico, porque seria mais qualificado que eu (assistente social). Para além disso, nós teríamos uma amplitude de atender essa população que está desprovida né?! Eu nego vaga porque eu não tenho profissional adequado para fazer o cuidado necessário. Porque é muito difícil para eu aceitar um idoso que usa sonda, ou gastro, que tenha uma tráquea e eu que vou orientar meu cuidador... eu não tenho segurança para isso. Eu que sou responsável pelo que o cuidador está fazendo (Instituição 8, 2022).

Insta refletir que é justamente quando as pessoas idosas se tornam dependentes por algum motivo de saúde que as famílias não conseguem mantê-las. E não o conseguem, na maioria das vezes, por questões de sobrevivência própria. O adoecimento e consequentemente a dependência física e às vezes

mental atravessa o cotidiano das famílias do dia para noite sem que haja tempo e condições objetivas para o desempenho do cuidado necessário.

Identificamos que algumas tarefas dentro da instituição ultrapassam a competência e o saber profissional do cuidador, por essa razão, os entrevistados consideram importante a presença de um profissional de saúde na ILPI. Além disso, percebemos diante dos relatos que alguns idosos podem ter suas doenças agravadas em caso de ausência de um profissional de saúde dentro da entidade.

Nós temos idosos aqui que nós temos que monitorar diariamente. Cardíacos que tem que monitorar sinais vitais; nós temos diabéticos que são insulínod dependentes, que tem que fazer esse monitoramento diário, às vezes dá uma desregulada no quadro de hiperglicemia o(...) E esses idosos eles têm sim que ser monitorados por um profissional de saúde. Assim como também nós temos idosos hoje que entraram há pouco tempo na casa, com úlcera de pressão aberta, que você tem que estar monitorando isso, tem que tá monitorando a evolução. Nós temos idosos aqui com curativo, já crônico, venoso, né? Com insuficiência venosa. Aqui a gente também tem que tá monitorando diariamente a evolução desse curativo, tamanho de ferida, coloração(...) No geral nós temos poucos idosos que não são comprometidos que daria pra "passar", mas não excluiria a necessidade de um olhar profissional de saúde nele, entendeu? (instituição 10, 2022).

Nós temos uma idosa que ela é grau três que ela usa a gastrostomia, e é totalmente acamada (instituição 3, 2022).

Hoje a gente tem uma idosa que ela precisa ficar 24 horas no oxigênio (instituição 4, 2022).

Observamos que o art. 4 da Política Nacional do Idoso (PNI) veda a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social. Porém, o art. 20 do decreto nº9.921, de 18 de julho de 2019 prevê que as ILPIs podem firmar contratos ou convênios com o sistema de saúde local caso existam pessoas idosas nessas condições. Apesar disso, ainda não há nenhum registro de instituição que tenha conseguido realizar esse convênio com a Saúde no Espírito Santo. Compreendemos que é urgente avançarmos nessa discussão, e pressionar os órgãos públicos para que esses convênios sejam realizados, uma vez que não existem hospitais de longa permanência ou instituições de saúde no Espírito Santo que atendam essa demanda.

Apenas 2 de 10 entidades não possuem quaisquer profissionais de saúde. Porém, uma das dificuldades mais apontadas pelas ILPIs refere-se à impossibilidade de usar os recursos recebidos pelos órgãos públicos para contratar profissionais de saúde, já que as ILPIs integram a política de assistência social e não há qualquer tipo de previsão de recurso da saúde para essas entidades.

A gente paga com recurso próprio os profissionais da saúde. Porque nenhuma parceria que a gente faz, nem com SETADES, nem com o município, nada a gente pode pagar profissional da saúde, inclusive nem fisioterapeuta e nem nutricionista. É complicado, né? Porque 70%, 80% da despesa da instituição é folha de pagamento. Então a gente sempre tenta parceria pra suprir essa necessidade que é de folha de pagamento (funcionário ILPI, 2022).

O dinheiro que nós recebemos é da assistência social e não da saúde. Então as irmãs pagam dinheiro da enfermeira com recursos próprios da instituição (funcionário ILPI, 2022).

Se tratando de um equipamento da assistência, normalmente a secretaria oferta de suporte pra custeio é um cuidador de idosos, que não é um profissional da saúde. Então muitas instituições não conseguem custear profissionais da saúde com recurso próprio. Então, nem todas as instituições, por exemplo, apresentam essa equipe: enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, né? Tem uma equipe básica. Na nossa instituição nós temos todos esses profissionais que são custeados com recurso próprio e não temos um uma oferta de serviço da Secretaria de Saúde (funcionário ILPI, 2022).

A grande dificuldade que nós temos em trabalhar é que a gente não tem nenhum incentivo do município na questão financeira, né? Então tudo que a gente tem que trabalhar é com o que vem da assistência e a gente não pode custear a saúde. Tanto que até a o salário dos profissionais de saúde não pode ser pago com esse recurso (funcionário ILPI, 2022).

A instituição não consegue arcar ainda com um psicólogo (...). A gente tem problemas de idosos aqui com dificuldade de adaptação, que querem ir embora, que causam problemas quase todos os dias aqui, entendeu? E aí a gente precisa sim ficar implorando pro município (...) porque o CREAS entende que ele não pode fazer atendimento individual. E a saúde só tem uma psicóloga e está lotada. Então assim, a gente passa por uma dificuldade tremenda sobre essa questão do psicólogo (funcionário ILPI, 2022).

(...) a secretária de assistência social fala que ela tem interesse em estar colocando técnicos de enfermagem dentro do abrigo. Porém, nesse caso, o complicado é a questão da contratação (...). Porque hoje na Secretaria de Assistência Social não temos o cargo, teria que criar o cargo e fazer o processo seletivo (funcionário ILPI, 2022).

A partir dos discursos aqui apresentados, podemos inferir que essa impossibilidade de utilização de recurso para pagamento dos salários dos profissionais de saúde onera as despesas das ILPIs, e as obrigam a depender da caridade da sociedade civil para compensar outros quesitos que são essenciais, como certos tipos de materiais, comida, fralda, roupa, e etc.

Ambas as políticas sociais – saúde e assistência – compõem o tripé da seguridade social e consideram a integralidade como um valor a ser seguido. De forma a ratificar esse valor, a política nacional de saúde da pessoa idosa¹³ possui como diretriz o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção e propõe a articulação das ações do Sistema Único de Saúde com o Sistema Único de Assistência Social – SUAS. No âmbito das ILPI's, isso pressupõe a compreensão dos sujeitos abrigados como um ser integral e indivisível. Desse modo, as ações ofertadas pelas referidas políticas não

¹³ Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.

deveriam ser fragmentadas e desarticuladas, e sim, atender as necessidades dos sujeitos em sua totalidade.

Durante o processo da análise de conteúdo, foi possível perceber que umas das principais interfaces das ILPI's com a política de saúde são com as Unidades Básicas de Saúde (UBS's) do município. Todas as instituições entrevistadas possuem algum tipo de articulação com as UBS's, porém apenas 5 de 12 ILPI's relataram existir uma rotina de atendimento.

A Unidade Básica do Bairro é como tu sabe, ela é a porta de entrada né? Mês a mês a médica vem fazer a visita, atender as prioridades, olhar tudo, aí ela fica aqui a manhã inteira. Uma vez por mês. E em casos de alguma intercorrência, a gente liga e leva lá na unidade. Isso porque é muito próxima a unidade, da para ir andando (funcionário ILPI, 2022).

A médica da unidade vem na ILPI a cada 15 dias, e a técnica de enfermagem todos os dias (funcionário ILPI, 2022).

Nós temos a médica (ESF) que vem aqui quinzenalmente, vem atender as demandas de troca de receitas e atendimento dos idosos. Quando ela chega ela mede a pressão, a saturação, e vê as demandas que estão precisando naquele momento, entendeu? (funcionário ILPI, 2022).

Tem a médica da unidade de saúde do nosso território e ela presta assistência pra gente de quinze em quinze dias. Ela vem aqui na instituição. E, se for preciso, retorna em outro momento ou a gente leva o idoso até ela. Então, se o idoso precisa de um atendimento, a gente faz aquele primeiro atendimento básico, né, a triagem. Aferição de sinais vitais (...). Se for algo de urgência, encaminha pro pronto-socorro (...). Tem a parte odontológica, a gente agenda consultas e encaminha o idoso até a unidade de saúde também. Hoje precisei de vacina, né? Na mesma hora eu fui atendida, eles já mandaram o carro aqui pra três idosos e três funcionários. A gente tem uma boa uma boa dinâmica, né? Principalmente com a Unidade Básica de Saúde (funcionário ILPI, 2022).

A gente faz aqui um trabalho diário de acompanhamento de curativo, medicação, tem bastante medicação controlada, que a gente tem que fazer esse monitoramento, acompanhamento diário, né? E ver como é que tá a adaptação do idoso a essa medicação(...) se não tiver fazendo mais o efeito terapêutico, a gente tem que tá trabalhando a mudança, juntamente com a estratégia. Também temos a questão de vacinação, que a gente tem que estar seguindo o cronograma, a caderneta de vacinação em dia (...). Temos um cronograma quinzenal da estratégia da saúde da família, né? A gente dá prioridade para os idosos que têm exames pra mostrar, que têm tratamento pra evoluir, precisam de algum encaminhamento ou que teve alguma intercorrência nesse período (funcionário ILPI, 2022).

Nos dois últimos relatos percebemos que a equipe de saúde da instituição trabalha em permanente articulação com a UBS. Constatamos a relevância desse cuidado diário e acompanhamento de saúde das pessoas idosas dentro da instituição, inclusive para identificar qual o melhor encaminhamento para a pessoa idosa.

Todavia, quatro entrevistados destacaram a ausência dessa rotina e o esforço realizado pela instituição para estabelecer esse atendimento da UBS de forma mais frequente. Inclusive, no relato abaixo observamos o vínculo frágil da instituição com a UBS, em que a mesma não reconhecia as receitas da ILPI, pois considerava que o médico que prescrevia era "particular". A instituição, entretanto, alegou que as receitas eram prescritas por um geriatra que prestava serviços voluntários para instituição, já que não era ofertado atendimento médico continuado para os idosos abrigados pela secretaria de saúde do município.

Tem a médica da saúde da família que é a nossa principal médica. Então, em casos de urgência, solicitação, às vezes a gente leva só o prontuário do idoso que ela já acompanha, ela conhece e aí ela pode fazer uma evolução, uma prescrição, questão de continuidade ou interrupção de medicação, como em alguns casos ela vem aqui. Mas ela não tem uma carga horária que a permita atender aqui frequente, que possa fazer uma escala mesmo né? Uma rotina aqui semanal ou quinzenal ou mensal ela esteja aqui (...) A gente sempre tentou fazer uma escala de uma rotina, por exemplo, atendimento médico na unidade uma vez ao mês, quinzenal. Hoje isso ainda não acontece. Não conseguimos ainda. Mas a gente tem um plano que a gente solicita isso, né? É tudo uma construção e é urgente que se faça (funcionário ILPI, 2022).

Nós temos o médico da família que aqui é o médico do posto, né? Esses postos de saúde, temos o enfermeiro que vem junto com ele, o técnico de enfermagem, quando tem que realizar o curativo, a enfermeira vem explicar o cuidador pra fazer o curativo (...). Antigamente a gente tinha um dia fixo. Agora é só a partir do momento que a gente tem demanda. Mas nós estamos trabalhando para que eles venham quinze em quinze dias, mesmo porque a gente tem o plano integral que consta lá na RDC, que consta que em quinze em quinze dias eles teriam que vir na instituição. Então a gente tá trabalhando pra que isso ocorra (funcionário ILPI, 2022).

Olha é muito complicado, porque o apoio da unidade de saúde nós temos bem pouco, bem pouco. Eu só consegui articular a questão de medicação, pra pegar algumas medicações pela rede e com muita dificuldade, porque eles não aceitavam a receita da nossa instituição. Eles alegavam que era receita particular e na verdade não é. Então assim com o tempo a gente conseguiu articular para pegar a medicação. Eu até tenho contato de uma agente de saúde que ela consegue me ajudar um pouco. Mas é muito falho. Eu não posso ter esperança de ter uma assistência do posto quando eu precisar. Não tem vínculo na verdade. Acho que essa é a pior dificuldade sim. É o vínculo que não tem. Não tem estabelecido (funcionário ILPI, 2022).

Realizamos um parêntese para destacar sobre o plano integral de saúde, que consiste em um pacto realizado entre a ILPI e o gestor local de saúde, contendo como serão atendidas as necessidades de saúde dos residentes e como ocorrerá a articulação, com os serviços de saúde, para atender essas necessidades. Podemos perceber que nas duas primeiras narrativas que o plano pactuado não está sendo cumprido conforme o que foi estabelecido.

Sobre isso, quando questionamos aos entrevistados se a ILPI possui o plano integral de saúde, 8 de 12 instituições responderam que sim, entretanto 1 ILPI observou que o plano está desatualizado¹⁴. Ainda, 3 ILPIs destacaram que o plano foi criado, mas não foi pactuado com o gestor de saúde, isso significa que o que está previsto no plano muitas vezes não é consolidado e é criado apenas para cumprir o que está previsto na legislação. Isto posto, apenas 4 entidades (33,3%) não mencionaram nenhum problema em relação a implementação e consolidação do referido plano.

Olha só, esses planos que a gente tem: o PIA, o plano integral da saúde, enfim... todos eles são obrigatórios, né? Por lei, as instituições tem que ter. A gente têm todos eles. Porém, nenhum deles foi escrito em conjunto com o município. Nenhum. Todos eles foram escritos por nós, equipe técnica da instituição. Então pra te falar assim: "ah foi pactuado com o município tal coisa". Não existe. Entendeu? A gente busca quando há necessidade, mesmo assim nem sempre a gente tem retorno! Não tem essa pactuação não. A gente faz porque é exigido: o Ministério Público, a vigilância sanitária exige... Mas na verdade é no papel. No funcional, não existe. O nosso supervisor, ele já tentou conversar diretamente com a secretária de saúde. Inclusive a respeito de fralda e medicação. Mas a gente não tem muita resposta não (funcionário ILPI, 2022).

Exatamente por essa dificuldade de entendimento que a saúde tem um papel importante dentro da instituição, nunca eu acho que vai existir uma instituição de longa permanência que vai conseguir criar o plano integral de saúde junto com o gestor. Normalmente a instituição cria, entende o seu fluxo, e vai no gestor e fala: está aqui, o que você acha? Vamos aprovar! A gente teve uma dificuldade muito grande desde a última gestão de aprovar, de pactuar esse plano. E agora com uma nova secretária foi que a gente conseguiu que esse documento fosse passado pelo conselho de saúde pra que fosse aprovado e registrado em ata esta pactuação (funcionário ILPI, 2022).

Acabou de ser feito o plano integral, foi apresentado à Secretaria de Saúde, foi pré-aprovado, mas ainda não foi consolidado. Ele é de conhecimento, mas ainda não está pactuado, nem protocolado (funcionário ILPI, 2022).

O fato de algumas instituições elaborarem o plano apenas para fins fiscalizatórios demonstra a fragilidade dos órgãos públicos que cobram, mas não garantem que as entidades tenham condições de implementar o que é solicitado. Afinal, o plano deveria ser elaborado pela ILPI em conjunto com o gestor municipal de saúde. Ambas as partes deveriam se empenhar para que as demandas de saúde dos idosos institucionalizados sejam atendidas. Ocorre que o peso da fiscalização recai, sobretudo, nas ILPI's, onde é exigido um documento que sequer é implementado. Podemos refletir que a dificuldade da pactuação entre as ILPI's e os gestores é reflexo da falta de definição das competências da política de saúde junto às ILPI's.

Retomamos as formas de interface entre a ILPI e a política de saúde. Outra interface identificada é a Secretaria de Saúde do município ceder profissional ou ofertar algum tipo de serviço de saúde para

¹⁴ Segundo a RDC nº502, o plano integral de saúde precisa ser atualizado a cada dois anos.

ILPI. Essa concessão ou/e oferta pode ser algo a ser pactuado no plano integral de saúde, conforme o primeiro relato abaixo.

Existe também um médico do município, que é um geriatra, que foi feito um acordo no plano de saúde que a gente constrói enquanto instituição junto com a referência técnica, e esse geriatra vem na instituição uma vez por mês. Pra quê? Para não demandar para o serviço de saúde que fisicamente não comporta a gente chegar lá com 6 idosos: um com fralda, outro com cadeira de rodas, e assim, é muito custoso pra gente e pra eles fisicamente, porque tem muito idoso debilitado. E aí existe uma portaria municipal, que esse médico vai ser disponibilizado para atender as instituições parceiras do município, para atender principalmente os idosos de grau III e II. Mas ele acaba atendendo todo mundo. Então ele tem feito isso, mensalmente. Então a gente tem uma boa articulação (funcionário ILPI, 2022).

O médico ele é prestador de serviço ofertado pela Secretaria de Saúde e atende uma hora de atendimento por dia de segunda a sexta na instituição (funcionário ILPI, 2022).

Tem eu que sou fisioterapeuta, que sou da prefeitura, cedida. Então a Secretaria de Saúde oferta a o fisioterapeuta pra instituição (funcionário ILPI, 2022).

Temos uma parceria com a fisioterapia, que vem duas vezes na semana, atender alguns idosos. Hoje mesmo eu vou solicitar o médico, o encaminhamento pra todos porque agora a gente tem uma sala de fisio dentro da instituição (funcionário ILPI, 2022).

Nessa época agora de pandemia, nós tivemos uma referência aqui no município com o geriatra, que deu um suporte maravilhoso pra gente, 24 horas, por telefone. E também quando não dava pra levar na unidade devido a pandemia, ele vinha aqui na ILPI pra olhar o idoso. Então, fez muita diferença pra gente (funcionário ILPI, 2022).

Possuímos uma parceria com uma médica geriatra que avalia a necessidade de cada idoso e se necessário faz encaminhamentos. A equipe de enfermagem e técnicos acompanham os idosos nas consultas e procedimentos e administram os remédios prescritos (funcionário ILPI, 2022).

A oferta de atendimento médico de forma voluntária também se constitui uma prática dentro das ILPI's de natureza filantrópica. Devido à dificuldade de as instituições conseguirem certas especialidades via política pública de saúde, as instituições recorrem a profissionais do município para prestar o serviço de forma gratuita e voluntária ou com custo reduzido.

O geriatra ele é voluntário. Ele vai uma vez na semana e aí eu (enfermeira) passo todas as demandas pra ele, ele faz o atendimento com cada idoso de saúde. Se tiver necessidade de encaminhar para alguma especialidade, eu encaminho (funcionário ILPI, 2022).

Existem idosos que precisam de geriatra, neurologista, psiquiatra, angiologista e quando há essa demanda de atendimento ou é ofertado pelo município, quando não é, aí tem a necessidade de custear o serviço com recurso do idoso, com os 30% do idoso, a lei permite esse atendimento. Por ser uma região muito pequena, muitas vezes os profissionais oferecem o serviço com desconto, às

vezes não cobra. E aí ele sabe que é o idoso institucionalizado, eles fazem esses benefícios aí (funcionário ILPI, 2022).

Mas geralmente a especialidade do cardiologista é mais difícil; dermatologista também é muito difícil; muitas vezes a gente até paga. Às vezes a gente consegue colaborador que paga a consulta (funcionário ILPI, 2022).

Nós até conseguimos um cardiologista que ele atende particular, ele nos doou algumas consultas (...). É porque pedir é com a gente mesmo! (funcionário ILPI, 2022).

Percebe-se, portanto, que não há um padrão nessa interface entre a ILPI e a política de saúde, e nas diferentes regiões ela ocorre de forma diversa. O que já podemos concluir a princípio é que essa interface não tem sido suficiente para atender as demandas clínicas das pessoas idosas, exigindo – na maioria das instituições – um profissional de saúde para acompanhar no cotidiano as diversas demandas de saúde que as pessoas idosas apresentam.

O plano integral de saúde da pessoa idosa, que é uma ferramenta importante no estabelecimento da interface, não está sendo implementado e pactuado com os gestores de saúde como deveria. As instabilidades e incertezas no que tange ao plano integral de saúde, conduzem a uma situação de dependência e de favor por parte das ILPIs.

No tópico a seguir continuaremos a mapear o atendimento das demandas de saúde clínicas das pessoas idosas, focando nas principais dificuldades identificadas pelos profissionais das ILPIs.

2.1 Desafios das ILPI's na interface com a política de saúde

A primeira dificuldade apontada por todas as instituições foi no tocante à marcação de consultas com especialidades. O problema da falta de vagas para atendimento com certas especialidades é tão alarmante que alguns idosos falecem antes de conseguir a consulta.

O mais difícil é você conseguir especialização. Quando eles marcam pra gente cardiologista, o idoso já morreu. É uma realidade nacional, eu acho. Esse é nosso dificultador (funcionário ILPI, 2022).

(...) quando se trata de cardiologista, endocrinologista, nefrologista é via regulação municipal. Então assim, já teve caso do neuro, eu coloquei um papel lá e eu recebi um ano depois que o idoso já havia morrido, é triste, entendeu? Então já passamos por isso (funcionário ILPI, 2022).

Eu coloquei o encaminhamento de um idoso pra fazer um exame do olho. Eu coloquei em 2018, voltou esse ano (2022), eles não marcaram. E aí eu vou ter que ir lá pra reagendar. Então assim, é muito difícil. Cirurgias também demoram (funcionário ILPI, 2022).

Algumas especialidades, vamos supor um neuro. O neuro a gente demanda muito tempo, um cardiologista também às vezes a gente tem que ficar esperando muito tempo (funcionário ILPI, 2022).

Outro fator preocupante é no que se refere à realização de exames. A demora na realização reflete na impossibilidade de o médico dar um diagnóstico mais preciso e conseqüentemente, dificulta ou impede o tratamento da doença que o idoso apresenta. Em alguns casos, a instituição paga o exame para agilizar o processo.

(...) a maior dificuldade nossa é pra chegar à conclusão de um diagnóstico. Às vezes o idoso vai no especialista, o diagnóstico demora demais, ele aparece com outros sintomas, e eu não consegui fazer uma ressonância pra conclusão do diagnóstico. Vamos dar um exemplo de ontem: eu tenho um idoso aqui que ele passou pelo psiquiatra, até pago, um neuropsiquiatra pago, ele pediu uma ressonância, porém essa ressonância não foi pedida com sedação, ontem foi o dia da realização e ele não conseguiu. Aí agora eu vou ter que pegar esse pedido, ir na unidade de novo, pra ela transformar em uma tomografia, mas ela falou que não aparece a opção lá de pedir com sedação. Então eu vou ter que ligar pra regulação de vagas pra ver se existe a marcação de tomografia com sedação, porque no sistema ela falou que não dá essa opção de pedir com sedação (funcionário ILPI, 2022).

Tem dois idosos aqui, que precisa fazer ultrassom de próstata, que também não tinha na rede. Aí o lar vai disponibilizar o dinheiro pra poder fechar seu diagnóstico. Médico olha, não tem uma conclusão de diagnóstico, porque o exame é difícil pra fazer (funcionário ILPI, 2022).

Outra problemática que se relaciona às especialidades é a falta de suporte da política de saúde no que tange às questões de saúde mental dos idosos abrigados. Alguns idosos são institucionalizados a partir de determinação judicial e a ILPI, em alguns casos, não possui corpo técnico em sua equipe que saiba lidar com algumas questões de saúde que são apresentadas.

Muitos idosos são acolhidos por determinação judicial com diagnósticos psiquiátricos como esquizofrenia, que não é o perfil da institucionalização. Então tem essa ausência de equipamento que tenha esse suporte da psiquiatria pro idoso, não existe. Muitas vezes a ILPI assume essa demanda também (funcionário ILPI, 2022).

Outra coisa que eu entrei em debate: questão de saúde mental. A gente tem idoso aqui que tem esquizofrenia. A gente tem pessoas que sabem lidar com esquizofrenia? (balançou a cabeça que não). Bom senso. É o bom senso que a gente tem. Então assim, ele está medicado, está medicado, mas se ele surtar aqui dentro... As meninas tem o conhecimento, enquanto saúde. Estou falando: a enfermeira e as técnicas de enfermagem. E nós? Tipo eu, assistente social, os cuidadores. Se não fosse o que elas podem falar pra gente (...). Aí eu fui discutir isso com a com o pessoal de saúde mental. Aí eles disseram: "é, mas veio a questão da lei antimanicomial. Não existe mais hospital psiquiátrico, né? pra colocar essas pessoas". Então a Saúde tem que dar suporte pra gente de como tratar. Na hora que o idoso surta aqui... já teve uma vez que a gente teve que chamar a polícia pra conter, que a gente não conseguiu. Você entende que talvez não é perfil nosso receber um idoso, porque ele acaba colocando em risco os outros idosos, e a gente não tem pessoal pra trabalhar com isso? E a Saúde, entre aspas, dá aquele atendimento assim: "liga pro SAMU" (funcionário ILPI, 2022).

A partir dos trechos extraídos fica nítida a falta de compreensão dos órgãos de saúde quanto a sua responsabilidade em atender as demandas de saúde dos idosos institucionalizados. Isso demonstra a desarticulação e o descumprimento das diretrizes que orientam a intersetorialidade das políticas. A percepção que permeia entre os gestores da política de saúde é que se a instituição compõe a política de assistência social é ela que deve arcar e atender as diversas demandas que surgem, desconsiderando que o indivíduo é um ser integral com múltiplas necessidades.

A gente sabe que o idoso muitas vezes ao ter a necessidade de ser acolhido é porque ele já não realiza alguma das atividades básicas de vida diária, normalmente vem acompanhado de uma patologia. Então hoje a nossa maior dificuldade associada a saúde é exatamente a compreensão da secretaria e do município. Porque a própria secretaria de saúde do município entende que ela não tem responsabilidade sobre o serviço, se o serviço é da assistência social. Então essa é uma realidade não só da nossa instituição que eu percebo, mas em relação ao estado inteiro (funcionário ILPI, 2022).

Outra dificuldade apontada por um dos entrevistados é sobre a mudança dos gestores das políticas. Quando a ILPI consegue uma boa interlocução com os gestores e conquista algo para a instituição, a gestão muda, e toda articulação deve ser reiniciada com os novos atores. Por isso, a elaboração e pactuação de documentos como o plano integral de saúde são importantes, para que essas conquistas não se percam. Contudo, isso evidencia que a política de longa duração para idosos não está consolidada, na medida em que, em cada gestão é necessário resgatar o que foi pactuado e o que deve ser cumprido.

Adicionalmente, foram relatadas algumas dificuldades quando a pessoa idosa necessita de internação hospitalar. A primeira refere-se ao atendimento precário que é realizado no hospital, causando em algumas situações outro tipo de problema de saúde da pessoa idosa; a segunda relaciona-se à falta de compreensão do hospital de suas competências enquanto instituição de saúde; por fim, a falta de entendimento sobre o art. 16 do estatuto da pessoa idosa que assegura o direito a acompanhante a pessoa idosa internada. O hospital, por vezes, tem obrigado a ILPI oferecer algum profissional para acompanhar o idoso internado no hospital, sendo que a ILPI não possui equipe técnica para exercer essa tarefa.

Eu já tive enfrentamentos muito fortes com a Saúde em relação ao idoso quando interna. A gente deixa bem claro que quando o idoso entra no hospital ele não entrou com assadura, ou escara, porque geralmente é complexo o cuidado (funcionário ILPI, 2022).

A gente tem uma dificuldade em relação ao atendimento no hospital da região aqui. Porque não é sempre, mas muitas vezes os próprios profissionais lá entendem que a gente tá encaminhando o idoso pra lá à toa, que a gente podia ter resolvido aqui (...). Tudo que a gente conseguir resolver aqui a gente resolve, mas se for encaminhado pro hospital é porque a gente pediu orientação da médica, né? E a médica geriatra diz que deveria ir pro hospital; e chega lá às vezes eles acham que a gente, digamos assim, que isso era obrigação nossa fazer algum tipo de intervenção. Que não era deles. Às vezes tem um certo preconceito no atendimento dos nossos idosos lá dentro. Em questão até de trocar fralda, do cuidado deles lá dentro quando a gente encaminha a gente

sempre tem que mandar um cuidador junto pra garantir que eles vão ser bem atendidos lá dentro (funcionário ILPI, 2022).

Aí a dificuldade é o que afeta muito o idoso é que se esse idoso vier até a alta hospitalar, se ele vier a ter melhora pra alta, ele chega aqui já bem mais comprometido como saiu. O corpo dele já volta mais atrofiado, déficit cognitivo que já é natural do idoso, e a questão de às vezes úlceras de pressão aberta, porque no hospital - como eles também têm uma demanda grande de atendimento - o idoso acaba não tendo aquela atenção que ele necessitaria de ter em caso se ele estivesse em casa, ou se tivesse um cuidador em tempo integral do lado dele ali pra estar oferecendo a demanda simples, né? Do básico: de água, de fralda, um hidratante, mudança de decúbito, que é muito importante. O idoso acaba às vezes ficando numa posição só e o que acaba de repente desencadeando alguma outra doença oportunista, pela qual ele não foi internado. Eu cito aqui, por exemplo, um idoso hospitalizou por causa de uma infecção urinária, mas aí se ele ficar muito tempo em decúbito dorsal, uma posição tal, ele pode vir a desenvolver uma pneumonia postural. Então, assim, são agravamentos que acabam piorando por falta de uma mão de obra, por falta de um incentivo de saúde (funcionário ILPI, 2022).

Outra coisa que a gente tem um problema muito grande em relação a saúde é sobre essa interpretação da lei em questão do acompanhante. O idoso tem direito ao acompanhante, esse direito vira uma obrigação, a gente não tem cuidador pra mandar, ele já está em risco social, a família já rompeu o vínculo. Então essa família não fica lá. Assim, conta no dedo um ou dois casos que essa família fica. Entendeu? E aí fica essa briga com o hospital, porque o hospital não tem muita mão de obra. Então o acompanhante ali acaba ajudando nas atividades, entendeu? Com os cuidados com o idoso, entende? E aí, por fim, fica essa briga (...) e aí fica meio que esse empurra-empurra, entendeu? (funcionário ILPI, 2022).

Para finalizar, elencamos aqui outras dificuldades que foram apontadas, porém de maneira mais pontual: deslocamento de idosos para outro município para realização de consultas ou exames; falta de alguns remédios ofertados pelo SUS; e falta de materiais como, curativos e fraldas.

As dificuldades apresentadas pelos profissionais da ILPI quanto à interface com a política de saúde são resultado da tendência de contenção de gastos e da política de ajuste fiscal em benefício do capital.

Considerações finais

A elevação da expectativa de vida no Brasil tem refletido no aumento de algumas demandas específicas da população envelhecida, sobretudo no que tange as limitações funcionais que causam dependência nas AVD's. Tradicionalmente a família tem sido a protagonista no atendimento dessas demandas, todavia, constatamos alguns fatores pelos quais a mesma não poderá continuar desempenhando o papel principal no cuidado de seus membros idosos. O primeiro fator é uma menor oferta de cuidadores familiares propiciada, sobretudo, pela redução de números de filhos. Além disso, ainda se perpetua uma cultura de feminização do cuidado, onde a mulher é a principal responsável pelas tarefas domésticas e do cuidado dos entes. O reflexo é uma sobrecarga da mulher que em sua maioria possui múltiplas jornadas de trabalho. Por fim, há uma ausência de apoio do Estado na oferta de serviços e

subsídios para apoiar as famílias no cuidado de idosos com dependência funcional, o que gera uma sobrecarga das famílias e aumento de gastos destinados aos cuidados do familiar (Burlá, 2010).

Concordamos com Camarano, et al. (2010) que o Brasil avançou em benefícios de renda para idosos, como o BPC, o que refletiu, de certa forma, no processo de desfamiliarização do seu sustento. Por outro lado, o Estado delegou para família a responsabilidade principal com o cuidado do idoso frágil. Ocorre que atualmente, mais da metade dos domicílios brasileiros encontram-se abaixo da linha pobreza¹⁵ e 36% dos brasileiros não tem dinheiro para se alimentar¹⁶. Dessa forma, para as famílias empobrecidas, exercer a responsabilidade do cuidado com a pessoa idosa que apresenta dependência funcional por vezes se torna impossível e quando isso ocorre, a institucionalização é uma das principais alternativas, se não a única.

O panorama é de uma sociedade que vive em uma crise do cuidado provocado pelo aumento da demanda de pessoas idosas com limitações em suas atividades de vida diária aliado a diminuição de oferta da rede de cuidado familiares (Teixeira, 2020). Sendo assim, é urgente que o Estado efetive políticas públicas eficazes e capazes de atender as demandas emergentes dos mais velhos, de forma a equilibrar as responsabilidades com a família e a sociedade.

Historicamente, as ILPIs foram geridas por entidades filantrópicas e são espaços de ação voluntária. Apesar da inclusão do referido serviço na política de assistência social, o que tornou o abrigo das pessoas idosas um direito, os traços de sua constituição ainda estão presentes. O Estado tem sido responsável pela regulação a partir de legislações específicas e com a transferência de recurso público, mas as entidades filantrópicas continuam como as principais executoras do serviço da ILPI com a ajuda voluntária da sociedade civil.

Com o intuito de analisar a interface entre as políticas de saúde e assistência social no âmbito das ILPIs, realizamos uma pesquisa de campo em 12 instituições de natureza filantrópica e pública. A partir dos relatos dos entrevistados, constatamos que o atendimento das demandas de saúde das pessoas idosas que residem nas ILPIs tem sido realizado basicamente a partir da contratação de profissionais de saúde; articulação com as UBS's; cessão de profissionais de saúde pela Secretaria Municipal de Saúde; e oferta de atendimento médico voluntário.

Observamos que em geral as ILPIs estão assumindo o cuidado com a saúde das pessoas idosas sem uma estrutura apropriada, uma vez que não há, por parte da política de saúde, uma responsabilização junto às ILPIs capaz de atender as demandas de saúde das pessoas idosas abrigadas. A falta de legislações que versam especificamente sobre a competência da saúde em relação às ILPIs dificulta esse quadro.

¹⁵ Disponível em: <https://tinyurl.com/c8p8jmnk> . Acesso em: 27 de maio de 2022.

¹⁶ Disponível em: <https://tinyurl.com/3vf3mmu4> . Acesso em 27 de maio de 2022.

Sobre as dificuldades apresentadas no que tange a interface com a política de saúde para o atendimento das necessidades de saúde das pessoas idosas, elencamos as principais:

- Impossibilidade de usar os recursos recebidos pelos órgãos públicos para contratar profissionais de saúde;
- Marcação de consultas com especialidades;
- Realização de exames;
- Falta de suporte da política de saúde no que tange às questões de saúde mental dos idosos abrigados;
- Mudança dos gestores das políticas e continuidade do pacto estabelecido na gestão anterior;
- Dificuldades de articulação com os hospitais quando o idoso necessita de internação hospitalar;
- Falta de materiais como curativos e fraldas.

Constatamos também que as ILPIs localizadas nos municípios dos centros urbanos, encontraram mais dificuldade na articulação com atenção básica de saúde. Quanto aos municípios de pequeno porte, não há um padrão de atendimento, existindo uma variedade de experiências, sendo algumas positivas, outras não. Acreditamos que esse fato é reflexo no cenário brasileiro, marcado por profundas desigualdades econômicas, sociais e regionais.

Quanto às alternativas frente às dificuldades no atendimento às necessidades de saúde das pessoas idosas nas ILPI's, apontamos alguns caminhos:

- Tornar a ILPI em um serviço híbrido, com financiamento da política de assistência social e da saúde;
- Aporte financeiro da política de saúde para compra de materiais e contratação de profissionais de saúde; ou a cessão de profissionais da secretária de saúde para trabalhar nas ILPI's;
- Melhor articulação das Unidades Básicas de Saúde com as ILPI's;
- Rotina de atendimento às pessoas idosas abrigados pelos profissionais das UBS's ou da secretaria municipal de saúde;
- Implementação e execução do plano integral de saúde pelos gestores municipais de saúde.
- Diminuir o tempo de espera para consultas com especialidades e para realização de exames.

Diante do exposto, consideramos que a interface entre a ILPI e a política de saúde tem se estabelecido de forma fragmentada e precária, sem uma estrutura integrada que forneça uma cobertura completa no atendimento às necessidades de saúde dos idosos institucionalizados.

Concluimos também que devido à retração dos investimentos estatais no campo das políticas públicas, há a intensificação da lógica a qual a sociedade é a responsável por atender as demandas sociais dos mais pobres. No âmbito público, os serviços tem sido ofertados de forma precarizada, garantindo o mínimo e focalizado na camada mais empobrecida e vulnerável da população. Os que possuem condições financeiras têm recorrido ao setor privado lucrativo em busca de serviços que ofereçam mais qualidade no atendimento.

Não haverá avanços em políticas públicas sem luta e pressão da sociedade civil organizada e dos conselhos de direito junto aos órgãos públicos. Para que o Estado reconheça o cuidado de longa duração como um direito fundamental do cidadão, além de torná-lo como responsabilidade social pública, retirando-o da esfera da responsabilidade privada, é fundamental que a sociedade civil se organize junto aos movimentos sociais e órgãos de controle social. Ressaltamos ainda, a importância da participação dos profissionais que trabalham nas ILPIs nesses espaços, já que são eles que cotidianamente enfrentam os diversos desafios e conhecem as peculiaridades do serviço. Além disso, é necessário chamar a atenção da sociedade como um todo para que o cuidado de longa duração seja exigido como um direito. Afinal, a velhice é o destino de todos, e essa fase da vida deve ser tratada com a devida dignidade. 

Referencias

- Anvisa. 2021. Resolução Anvisa/RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. Brasília: Diário Oficial da União.
- Almeida, P.K.P. et al. 2021. Vivências de pessoas idosas que moram sozinhas: arranjos, escolhas e desafios. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23.
- Andrade, V.F. 2020. A saúde pública nas instituições de longa permanência para idosos. In: Calazans, M.E. de; Calazans Perine, A.R.; Piñeiro, E.S. (Orgs.) *Políticas e Práticas de Atenção ao Envelhecimento*. Porto Alegre, RS: Editora Fi.
- Brasil. 2003. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm . Acesso em: 19 set. 2024.
- Brasil. Ministério da Saúde. 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Brasília.
- Brasil. 2005. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB/SUAS. Brasília.
- BRASIL. 2005. Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa. Subsecretaria de Direitos Humanos. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos.
- Burlá, C.; PY, L.; Scharfstein, E.A. 2010. Como estão sendo cuidados os idosos no final da vida. In: Camarano, A.A. et al. *Cuidados de longa duração para a população idosa: Um novo risco social a ser assumido?*, pp. 271-302.
- Camarano, A.A. et al. 2010. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea.

- Camarano, A.A.; Mello, J.L. 2010. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: Camarano, A.A. et al. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido, pp. 68-92.
- Camarano, A.A.; Scharfstein, E.A. 2010. Instituições de Longa Permanência para Idosos: abrigo ou retiro. In: Camarano, A.A. et al. Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?, pp. 163-86.
- Camarano, A.A.; Kanso, S. 2010. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. In: Camarano, A.A. et al. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?, pp. 93-122.
- Cisne, M. 2014. Feminismo e consciência de classe no Brasil. Cortez Editora.
- Giacomin, K.C. 2012. Envelhecimento populacional e os desafios para as políticas públicas. In: Berzins, M.; Borges, M.C. Políticas públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari.
- Kosic, K. 1976. Dialética do concreto. Trad. Célia Neves e Alderico Toríbio. 4a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Lacerda, T.T.B. de et al. 2021. Geospatial panorama of long-term care facilities in Brazil: a portrait of territorial inequalities. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 15, pp. 1-8.
- Minayo, M.C.S. 2002. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Pasinato, M.T.; Kornis, G. 2010. A inserção dos cuidados de longa duração para idosos no âmbito dos sistemas de seguridade social: experiência internacional. In: Camarano, A.A. et al. Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido?, pp. 39-66.
- Teixeira, S.M. 2020. Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado. *Serviço Social & Sociedade*, 137, pp. 135-154.
- Vinuto, J. 2014. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, 22(44), pp. 203-220. agosto/dezembro.

Sobre autora

Monique Simões Cordeiro é assistente social e coordenadora da Universidade Aberta à Pessoa Idosa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Formada em Serviço Social pela UFES, possui mestrado em Política Social pela mesma instituição. Desde 2016, atua como conselheira no Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa do Espírito Santo.

URL estable documento/stable URL

OJS: <https://gigapp.org/ewp/index.php/GIGAPP-EWP/article/view/364>

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.15322611>

El Grupo de Investigación en Gobierno, Administración y Políticas Públicas (GIGAPP) es una iniciativa impulsada por académicos, investigadores y profesores Iberoamericanos, cuyo principal propósito es contribuir al debate y la generación de nuevos conceptos, enfoques y marcos de análisis en las áreas de gobierno, gestión y políticas públicas, fomentando la creación de espacio de intercambio y colaboración permanente, y facilitando la construcción de redes y proyectos conjuntos sobre la base de actividades de docencia, investigación, asistencia técnica y extensión.

Las áreas de trabajo que constituyen los ejes principales del GIGAPP son:

1. Gobierno, instituciones y comportamiento político
2. Administración Pública
3. Políticas Públicas

Información de Contacto

Asociación GIGAPP.

ewp@gigapp.org