

## **IDOSO BRASILEIRO E O DIREITO À SAÚDE**

### **Brazilians Elderly and Health Rights**

**Wiviany Thaise de Lima Mendes\***

**Antonio Walber Matias Muniz\*\***

#### **RESUMO**

O crescente aumento do número de idosos, sem dúvida tornou-se um dos fatos mais significativos no âmbito da saúde pública mundial e brasileira. Observa-se que o campo da promoção da saúde do idoso é multifacetado, apresentando perfis distintos entre a estratégia nacional e internacional. A tendência dos programas internacionais é a transmissão de informações, combinada a ações de aconselhamento e a articulação das práticas ao debate contemporâneo sobre promoção da saúde, no que tange a assumir uma perspectiva política e sociocultural ampla. Contudo, no Brasil, encontrar o meio de garantir efetivamente o direito à saúde do idoso não é tarefa fácil, principalmente aos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idoso (ILPI). O presente trabalho tem por objetivo reconhecer os principais avanços e obstáculos na conquista do direito à saúde do idoso institucionalizado no Brasil. Foram analisadas experiências, descritas na literatura científica, sobre o atendimento a saúde do idoso em ILPI em contraponto com as normas legais e políticas vigentes no país a cerca da população idosa, a saber, a Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso, a Portaria N° 810/89/GM/MS, que aprova as normas e os padrões para o funcionamento instituições destinadas ao atendimento de idosos, e, a Resolução n° 283/2005/RDC/ANVISA, que estabelece o regulamento técnico para o

---

\* Graduanda de Direito da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

\*\* Professor de Direito da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

funcionamento de ILPI . Conclui-se que as políticas atualmente estabelecidas não garantem o direito a saúde do idoso em ILPI.

Palavras-chave: IDOSO – DIREITO À SAÚDE – ASILOS PARA IDOSOS

## ABSTRACT

The percentage of the elderly among Brazilian population has been increasing fast and has become a crucial matter on health care policies around the world and specially in Brazil. Supplying the elderly with health care involves a multiplicity of key points and one can easily perceive distinct directions taken in the national and international areas. The international trend is to promote the transmission of information combined with advisement actions and debates on health promotion taking charge on an ample political and social perspective. In Brazil, however, finding the means to assure the elderly population effective health care programs is not an easy task. Specially for those on the Nursing Homes (ILPI). This paper intends to recognize the most important advances and obstacles to the conquest of the right to health care by the elderly population in Brazil. Experiences described on scientific literature on the health state of the elderly on the ILPI in contrast to the legal and political norms in use in this country, for the elderly population, as described on the 1988 Federal Constitution, the National Politics for the Elderly, the Elderly Statute, the “Portaria” number 810/89/GM/MS that approves the norms of function of the institutions directed to serve the elderly, and the Resolution number 283/2005/RDC/ANVISA, which establishes the technical regiment of function of the ILPI. This paper comes to a conclusion: the politics in use do not assure the right to health for the elderly population on ILPI.

Keywords: ELDERLY – HEALTH RIGHTS – NURSING HOMES

## INTRODUÇÃO

“O idoso é um ser de seu espaço e de seu tempo. É o resultado do seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida. É a expressão das relações e interdependências. Faz parte de uma consciência coletiva, a qual introjeta em seu pensar e em seu agir. Descobre suas próprias forças e possibilidades, estabelece a conexão com as forças dos demais, cria suas forças de organização e empenha-se em lutas mais amplas, transformando-as em força social e política” (SÁ, 2002, p. 1120).

Mais do que qualquer outra época, o século 20 se caracterizou por profundas transformações sociais, destacando-se a diminuição da taxa de natalidade e de mortalidade infantil; a luta contra as enfermidades transmissíveis; e, o aumento dos níveis da qualidade de vida, vindo a provocar uma elevação da expectativa de vida e, conseqüentemente, o crescimento mundial do número de idosos (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS, 1984).

A expectativa de vida ao nascer aumentou de 46,5 anos, em 1950-1955, para 65, em 1995-2000. Na população brasileira tal expectativa passou de 45,5 em 1940 para 62,6 anos em 1980, e, em 2000, esse indicador chegou aos 70,4 anos, devendo atingir os 81,3 anos em 2050, praticamente o mesmo nível atual do Japão (81,6 anos), o primeiro colocado no ranking (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2004).

A Organização das Nações Unidas (ONU), desde 1982, considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos. E, segundo suas estimativas, em 2004, o número de pessoas idosas chegava a 646 milhões, sendo esse número acrescido todo ano em

mais de 11 milhões. (IBGE, 2004). Em 2025, acredita-se que existirão cerca de 1,2 bilhões de pessoas desse grupo etário em todo mundo (DAVIM et al., 2004).

No Brasil, em 2000, o grupo de 0 a 14 anos representava 30% da população, enquanto os maiores de 65 anos eram apenas 5%; em 2050, segundo estimativas, os dois grupos se igualarão em 18%, sendo que, em 2062, o número de brasileiros irá parar de aumentar (IBGE, 2002, IBGE, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua saúde não apenas como ausência de doença, mas como o completo bem-estar físico, mental e social que permite aos indivíduos identificar e realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades (DALLARI, 1988). Verifica-se, então, que indivíduos plenamente saudáveis e em condições que lhes garantam a prática de sua força de trabalho com total eficiência são fundamentais para garantir o crescimento econômico do Estado.

Entretanto, esta idéia foi, erroneamente, quase universalmente substituída pela idéia oposta de que a saúde da população e os serviços públicos de saúde são obstáculos para as finanças públicas e para o desenvolvimento da riqueza. Foi assim que o maior imperativo de diversos governos foi de avaliar o valor despendido pelo Estado na manutenção da parcela “improdutiva” (os idosos) e de reduzir, e não racionalizar, as despesas com saúde (VERAS, RAMOS, KALACHE, 1987; BERLINGUER, 1999).

Todavia, a sociedade percebeu que a saúde é condição essencial de vida em liberdade e igualdade. De fato, a liberdade substancial diminui quando predomina a doença: o indivíduo fica em geral impedido de exercer uma ou mais de suas faculdades de decidir e de agir (BERLINGUER, 1999). Contudo, as pessoas devem ser livres para escolher o tipo de vida pretendem viver, suas condições de trabalho e, quando doentes, o recurso médico-sanitário que procurarão, o tipo de tratamento a que se submeterão, entre outros. Assim, para preservar a saúde de todos é necessário que ninguém possa impedir outrem de procurar seu bem-estar ou ainda induzi-lo a adoecer. (DALLARI, 1988).

Deste modo, em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos reconheceu a saúde como direito humano (PIOVESAN, 1997 apud PIROTTA, 1999). A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, procurou assegurar os direitos e deveres fundamentais a todos os seres humanos, destacando o princípio da dignidade humana, em seu artigo 1º, inciso III, como valor absoluto, que serve de base ao conjunto de todos os outros princípios de direito ali elencados, proporcionando unidade e coerência. Assim, reconheceu a saúde com um direito do cidadão e um dever do Estado, e as ações e serviços de saúde, como sendo de relevância pública (DALLARI et al, 1996).

Não há dúvida que, com o avançar da idade, vão ocorrendo alterações estruturais e funcionais, que embora variem de um indivíduo a outro, são encontradas em todos os idosos e são próprias do processo de envelhecimento normal. É obvio também que as doenças podem induzir tais modificações que, com freqüência, assumem maior intensidade, exteriorizando-se comumente de maneira a tornar possível sua caracterização. Esta interação de modificações fisiológicas próprias do envelhecimento e as decorrentes de processos patológicos são responsáveis pela apresentação clínica de várias enfermidades, que são freqüentemente mais graves em idoso do que em adultos jovens (GOLDSTEIN, 1992)

Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas. Estima-se então que 85% dos idosos tenham alguma forma de doença crônica e 30% têm duas ou mais doenças associadas (WAITZBERG, 2001). Assim, os idosos tornam-se assíduos usuários do Sistema de Saúde, consumindo mais serviços de saúde, sendo as internações hospitalares mais freqüentes e o tempo de ocupação do leito maior do que o de outras faixas etárias. (VERAS, 2003)

Contudo, encontrar o meio de garantir efetivamente o direito à saúde do idoso não é tarefa fácil. No que diz respeito ao idoso, preconceitos e mitos sempre acaba se transformando em empecilhos para a concretização de seus direitos. Deste modo, uma das estratégias para a viabilidade desta cidadania seria o amadurecimento da mentalidade da sociedade. Neste contexto, buscando a efetividade dos princípios constitucionais, foi implementada no Brasil a Lei n. 8842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a política nacional do idoso. (SILVA, 2005). Por este motivo, o presente trabalho visa reconhecer

principais avanços e atuais obstáculos na conquista do direito à saúde do idoso residente em Instituição de Longa Permanência para Idosos.

## **DESENVOLVIMENTO**

Com o envelhecimento, manter íntegros o funcionamento orgânico e psicossocial do indivíduo, ou seja, uma vida autônoma e independente e com qualidade, é, no mínimo um desafio para este, para a família e a comunidade (SIQUEIRA et al., 2004).

Atualmente, tem se verificado que o campo da promoção da saúde do idoso é multifacetado, apresentando perfis distintos entre a estratégia nacional e internacional. Um dos objetivos das políticas de saúde de alguns países é a redução das desigualdades no adoecer e no acesso aos serviços de saúde (PINHEIRO e TRAVASSOS, 1999).

A tendência dos programas internacionais é a transmissão de informações, combinada a ações de aconselhamento e a articulação das práticas ao debate sobre promoção da saúde, no que tange a assumir uma perspectiva política e sociocultural ampla. Algumas iniciativas incorporam indicadores de qualidade de vida e bem-estar subjetivo, relacionados a paradigmas recentes de envelhecimento ativo e bem-sucedido (ASSIS et al., 2004).

No Brasil, quando se trata da aplicação da lei e da promoção da saúde do idoso, verifica-se um distanciamento enorme entre teoria e prática. O idoso brasileiro de hoje não conta, e ao longo da vida não contou, com um sistema de atenção voltado para a promoção de um envelhecimento bem sucedido. Como consequência, há um grande contingente populacional que necessita e não tem acesso aos bens e serviços capazes de garantir qualidade de vida nesta fase da vida (CALDAS et al, 2002).

Na tentativa de sanar estes e outros problemas relacionados ao idoso, e desenvolver um planejamento de ações de curto, médio e longo prazo para a promoção de um envelhecimento saudável, a Política Nacional do Idoso, de 1994, objetiva criar condições para promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em prática, ações voltadas

não apenas para os que estão velhos, mas também para aqueles que vão envelhecer. (COMCIENCIA, 2002).

Essa política tem suas diretrizes embasadas na Lei Federal n.º 8.842/94, em especial, em seu Art. 4º, que são, entre outras: a viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações; [...] a priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência; [...] e, a priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família (BRASIL, 1994).

A sociedade reivindicou ainda a aprovação do Estatuto do Idoso, regido pela Lei Federal n.º 10.741 de 1º de outubro de 2003, consolidando os direitos já assegurados na Constituição Federal, amparando os mais diferentes aspectos da vida cotidiana, como a obrigação da família, da sociedade e do Poder Público em assegurarem o direito à saúde, alimentação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e convivência familiar (ALMEIDA, 2003).

De acordo esse Estatuto, por exemplo, as pessoas idosas passam a ter prioridade no atendimento médico pelo SUS e, o poder público está obrigado a fornecer medicamentos e instrumentos de reabilitação e tratamento e os profissionais de saúde a notificarem os casos de maus-tratos aos órgãos competentes. (BRASIL, 2003).

É oportuno dizer, que a medicina, o progresso e a ciência encontram maneiras de prolongar a vida, mas a dignidade é algo que supera conceitos e, deste modo, envelhecer com dignidade se torna um prêmio a ser conquistado, em particular pela parceria da população quando submetida às durezas da idade provecta. Assim, a função principal do estatuto é funcionar como uma carta de direitos, fortalecendo o controle do Poder Público em relação ao melhor tratamento das pessoas com idade avançada, respeitando a sua dignidade, galgando um lugar de respeito, buscando alcançar a posição de cidadão efetivo na sociedade aos idosos com participação ativa (SILVA, 2005).

Apesar das mudanças ocorridas no cenário nacional em relação às políticas de proteção social ao idoso, estas ainda se apresentam muito restritas na oferta de serviços e programas de Saúde Pública, como na amplitude da sua intervenção. Constatou-se que inexistiu uma política mais veemente no que se refere aos papéis atribuídos às famílias e aos apoios que cabem a uma rede de serviços oferecer ao idoso dependente e aos seus familiares (KARSCH, 2003). Também é freqüente a divulgação pelos meios de comunicação quanto à falta de medicamentos essenciais ao tratamento de doenças crônico-degenerativas comuns no idoso, como hipertensão e diabetes.

E, como parte da crise do sistema nacional de saúde, a assistência ao idoso apresenta um importante estrangulamento, que é a demanda altamente reprimida por atendimentos ambulatoriais especializados, criando uma dificuldade crescente na correta identificação de idosos com risco de adoecer e morrer precocemente. E, do pequeno número de profissionais de saúde habilitados a tratar de idosos, o que tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem adequada desse paciente (LOURENÇO et al., 2005).

Além disso, de acordo com membros do Ministério Público, outras deficiências da Política Nacional do Idoso, são: dificuldades em tipificar o abandono do idoso, em hospitais, clínicas, asilos e outras entidades assistenciais para a punição de parentes das vítimas; falta de regulamentação criteriosa sobre o funcionamento de asilos, sendo preciso que a lei especifique o que devem essas entidades disponibilizar para a clientela, quem deverá fiscalizá-las, e qual a punição para os infratores (COMCIENCIA, 2002).

Apesar de constar na lei dispositivos que regem a prioridade do atendimento ao idoso no SUS, da realização de programas de saúde e medidas profiláticas específicos, da elaboração de normas padronizadas para atendimento geriátrico e a criação de serviços alternativos de saúde para o idoso, existe uma grande lacuna quanto à realização desse item na prática. A título ilustrativo, cita-se a ausência de setores de atendimento geriátricos e gerontológicos em hospitais, irregularidade na distribuição de medicamentos gratuitos para a amenização de doenças crônicas, número irrisório de serviços sociais como casas-lar, centro de convivência, etc. (SILVA, 2006).

Contudo, fatores de risco para a institucionalização como morar só, suporte social precário e baixa renda (associada à viuvez, aposentadoria, menor oportunidade de

empregos formais e estáveis e aumento dos gastos com a própria saúde) são cada vez mais frequentes no Brasil (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999).

As instituições são um misto de pessoas, tarefas, estruturas, ambiente, tecnologia e cultura, interligadas a sistemas externos, funcionando dentro da formalidade e da informalidade, tendo como objetivo a obtenção de resultados favoráveis à organização e ao indivíduo (Bittar 1996 Apud COSTA, SPINOLA, TOLOSA, 2003).

Considera-se institucionalização do idoso quando este está durante todo o dia entregue aos cuidados de uma instituição que não a sua família. Anteriormente denominada de casa-lar, casa de repouso, clínica geriátrica ou simplesmente asilo, somente a partir da Resolução Federal nº 283/2005/RDC/ANVISA, de 27 de setembro de 2005, tal instituição passou a ser legalmente identificada como Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), sendo então caracterizada como a instituição governamental ou não governamental, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (BRASIL, 2005).

No entanto, muitos dos idosos que vivem nessas ILPI apresentam problemas de saúde, necessitando de cuidados especiais, às vezes permanentes, por terem perdido sua autonomia, por serem portadores de doenças crônicas ou de demências senis (CASARA, HERÉDIA, CORTELLETTI, 2004).

Por conseguinte, o atendimento dos idosos institucionalizados torna-se cada vez mais complexo, não bastando apenas proporcionar-lhes abrigo, mas também, alimentação, recreação e cuidados médico-hospitalares, bem como, dieta adequada, cuidados diários de enfermagem e todos os programas que promovam e mantenham a autonomia do idoso, além da criação de um ambiente adequado e seguro para o idoso dependente. Deste modo, a ILPI é uma moradia, mas uma moradia especializada, por isso, a conceituação mais adequada para ILPI seria aquela encontrada na literatura internacional: serviço de natureza híbrida, médico-social, onde se conjugam os serviços de assistência social e de assistência à saúde. É um atendimento que exige uma equipe multiprofissional e com preparo básico em Gerontologia (BORN, 2004).

Outrossim, a internação do idoso em uma ILPI deveria ser uma alternativa a ser utilizada em última instância, em situações como: necessidade de reabilitação intensiva no período entre a alta hospitalar e o retorno ao domicílio, ausência temporária do responsável domiciliar, estágios terminais de doenças e níveis de dependência muito elevados. Deste modo, tal subjetividade transforma a decisão de internar numa ação relacionada à disponibilidade da assistência domiciliar provida pelo tripé família-Estado-sociedade (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999).

Contudo, não devemos esquecer que, muitas vezes, a ILPI cumpre papel de abrigo para o idoso excluído da sociedade e da família, abandonado, sem um lar fixo e sem condições econômicas. (CASARA, HERÉDIA, CORTELLETTI, 2004).

Conforme o previsto no artigo 399 do Código Civil (2002) os filhos são obrigados a ajudar na manutenção dos pais necessitados, e, em seu parágrafo único: no caso de pais que, na velhice, carência ou enfermidade, ficaram sem condições de prover seu próprio sustento, principalmente quando se despojaram de bens em favor da prole, cabe, sem perda de tempo e até em caráter provisional, aos filhos maiores e capazes, o dever de ajudá-los e ampará-los, com a obrigação irrenunciável de assisti-los e alimentá-los até o final de suas vidas (BRASIL, 2002). O Estatuto do Idoso estabelece ainda que, abandonar o idoso, em hospitais, em casas de saúde ou em entidades de longa permanência, a pena judicial é a detenção de 6 (seis) meses a 3 (três) anos e multa (BRASIL, 2003).

Apesar disso, nenhuma medida efetiva foi realizada no que se refere aos problemas como o idoso, como por exemplo, o incidente ocorrido entre janeiro e maio de 1996 com os idosos residentes na Clínica Santa Genoveva – Rio de Janeiro: 156 idosos morreram, resultando no fechamento da clínica pelo Ministério da Saúde. Durante os 41 meses estudados ocorreram 834 óbitos na referida clínica, correspondendo à taxa bruta de

mortalidade hospitalar igual a 63 por 1.000 pacientes/mês. Os resultados deste trabalho evidenciam que os óbitos ocorridos na Clínica Santa Genoveva em maio de 1996 não constituíram fato isolado, mas sim uma tendência da clínica que vinha ocorrendo desde 1993. Para os autores, a utilização dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS poderia ter antecipado e evitado o excesso de óbitos só identificado em meados de 1996. (Guerra et al,2000).

Por outro lado, sinala-se que as leis por si só não são capazes de modificar o ser humano, mas ao contrário, o ser humano é capaz de modificar-se, imprimindo novos valores e transformando-os em leis. Deste modo, os direitos garantidos no Estatuto do Idoso somente serão assegurados se a sociedade assumir a responsabilidade de permitir o resgate da cidadania das pessoas que contribuíram para a construção de nosso País (SILVA, 2005).

Em contrapartida, quando se fala em idosos institucionalizados poucas são as informações e os trabalhos registrados no Brasil (CHAIMOWICZ, e GRECO, 1999, BORN, 2004, CASARA, 2004, BARBOSA, et al., 2005, FERRAZ, et al., 2005, LEMOS et al., 2005, MORAIS, et al., 2005). Foi observado que o processo migratório e a intensa urbanização (em 1940 a população rural era de 68,8% e em 1980 de 32,4%) afetaram particularmente a população idosa dos grandes centros brasileiros. A nova organização social acentuou os problemas de solidão e pobreza entre os idosos. Além da perda de status social que excluiu sua participação na sociedade moderna, os idosos também sofreram redução da assistência domiciliar e do suporte emocional no interior de sua família (VERAS, RAMOS, KALACHE, 1987).

Até a década de 70, o atendimento desses idosos era de caráter paliativo e de cunho caritativo, desenvolvido especialmente por ordens religiosas ou entidades leigas. (SILVA, 2006). Assim, na maioria das vezes, as ILPI surgiam, e ainda surgem, espontaneamente, das necessidades sociais da comunidade, sendo comum, em grande parte das capitais do país, instituições asilares privadas ou filantrópicas direcionadas ao idoso, e, com raras exceções, aquelas mantidas pelo Estado (LINHARES et al., 2003).

Em 1994, foi realizado o levantamento das ILPI do município de Belo Horizonte, com a pretensão de discutir a dinâmica da institucionalização de idosos naquele

município. ILPI lotadas, com filas de espera para internação permanente, e, idosos com baixos níveis de dependência eram o retrato fiel de uma sociedade que não ofereceria a seus idosos outros modelos de assistência (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999).

FERRAZ et al. (2005), num estudo em 31 ILPI de Recife, verificaram que, 55% das ILPI eram entidades filantrópicas, 42% privadas e 3% públicas. Dos 371 profissionais identificados, 44% eram cuidadores; 32%, técnicos ou auxiliares de enfermagem, 10% médicos, 7% enfermeiros e 7% nutricionistas. 83% dos médicos perfizeram uma carga horária de até 1 vez por semana, e, 35% dos enfermeiros, até 5 horas semanais. Outros profissionais identificados foram: 1 fonoaudiólogo; 5 fisioterapeutas; 1 terapeuta ocupacional; 3 psicólogos; 1 psicanalista e 1 odontologista.

Ainda em Recife, num estudo quanto aos serviços de nutrição e dietética de treze ILPI, verificou-se que 33% não tinham responsável técnico. Além disso, 100% dos manipuladores de alimentos dessas ILPI não possuíam fardamento completo, 50% não possuíam boa aparência de higiene e/ou de saúde, e, 8% apresentavam afecções de pele, constituindo importantes vetores de doenças aos idosos residentes nessas instituições (BARBOSA et al., 2005).

Em Campinas, foi verificado que o número de profissional médico nas ILPI era reduzido, bem como o profissional farmacêutico era praticamente inexistente, observando que apenas uma das seis instituições estudadas mantinha o farmacêutico em seu quadro de recursos humanos. Ademais, não contando com o quadro de profissionais necessários, as ILPI terminam por exigir que os seus funcionários realizem tarefas e atividades que extrapolam seus graus de competência, causando sobrecarga com múltiplas funções e carga horária excessiva (YAMAMOTO e DIOGO, 2002).

Todavia, vale salientar que o envelhecimento não torna um ser humano menos ou mais importante que os demais cidadãos, porém o caráter débil e a falta de respeito para com os direitos humanos e sociais no Brasil, colocam os idosos numa situação crítica, haja vista os cuidados específicos exigidos nesta faixa etária da vida. Na verdade, ações eficazes e oportunas devem ser adotadas para que os idosos institucionalizados possam ter a melhor qualidade de vida possível (SILVA, 2006).

Assim, muitos profissionais de saúde e diversas autoridades acreditam que seguindo o movimento antimanicomial, devemos propor o fechamento dos asilos (ILPI). Esse movimento, embora, em princípio, merecedor de todo o apoio da sociedade, quando não organiza programas adequados de apoio à família e de equipamentos sociais, acaba transferindo para os asilos, os problemas que se empenha em solucionar. Se pensarmos no país como um todo, podemos afirmar que são inexistentes os programas não asilares de atenção ao idoso, que poderiam diminuir a necessidade de internação em ILPI (BORN, 2004).

Diante da constatação de que a ILPI pode ser o único ponto de referência para uma vida e um envelhecimento digno para certos idosos e das enormes diferenças no atendimento destes quando institucionalizados, acredita-se que o cumprimento das normas mínimas de funcionamento das ILPI pode contribuir ao estabelecimento da segurança e da dignidade humana ao idoso (CHAIMOWICZ, 1997). Assim, as ILPI precisam se profissionalizar. Isso envolve a incorporação de conhecimentos, técnicas e práticas fundamentais para sua qualificação.

Cita-se, por exemplo, a Portaria 810, de 1989, na qual está estabelecido que as instituições para idosos em devem contar com assistência médica, odontológica, de enfermagem, nutricional, psicológica, farmacêutica, com atividades de lazer, de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia) e serviço social, além de apoio jurídico e administrativo (BRASIL, 1989).

Além disso, a equipe mínima responsável pelo cumprimento das normas de funcionamento acerca das ILPI deve estar qualificada para prover o cuidado cotidiano indispensável. Essa equipe deve atuar, por definição, como responsável pela manutenção da qualidade desses cuidados e pela vigilância dos fatores de risco à saúde e ao bem-estar dos residentes.

Por conseguinte, torna-se necessário, agora mais do que nunca, que o conjunto da sociedade tome consciência dessa série de problemas e obstáculos enfrentados pelos idosos e as próprias ILPI e promova, e exija das autoridades competentes, de forma justa e democrática, o estabelecimento de caminhos que levem à equidade na distribuição dos

serviços e facilidades para com este grupo populacional (VERAS, RAMOS, KALACHE, 1987).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população influencia o consumo, a transferência de capital e propriedades, impostos, pensões, o mercado de trabalho, a saúde e assistência médica, a composição e organização da família.

No que diz respeito aos idosos institucionalizados, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, que deveriam os principais ser os mantos protetores desse grupo etário, apesar da nobre iniciativa e intenção, ainda não lograram o devido êxito. Após tantos esforços realizados para prolongar a vida humana, seria lamentável não se oferecer condições adequadas para vivê-la com a devida dignidade e cidadania.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, D. C. Estatuto do idoso: real proteção aos direitos da melhor idade? **Jus Navigandi**, Teresina, ano 8, n. 120, nov. 2003. Disponível em: <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=4402>>. Acesso em: 25 abr. 2005.

ASSIS, M.; HARTZ, Z. M. A.; VALLA, V. V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 9, p. 557-581, 2004.

BARBOSA, E. R. B.; SILVA, M. M. A.; FARIAS, S. R.; FERRAZ, A. G.; TEIXEIRA, V. M. S.; BELO, G. M. S.; LIRA, N. S.; BRANDÃO, L. P. Diagnóstico dos recursos humanos dos serviços de nutrição e dietética de instituições de longa permanência para idosos (ILPI), Recife, 2005. In: JORNADA NORTE-NORDESTE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1.; SEMANA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE NATAL, 3., 2005, Natal. **Políticas públicas e financiamento em visa: promoção e saúde: painéis**. Natal: SUVISA-RN; COVISA; ANVISA, 2005. 1 CD-ROM.

BERLINGUER, G. Globalização e saúde global. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, p. 21-38, 1999.

BITTAR, O. J. N. V. Hospital Qualidade & Produtividade. São Paulo: Sarvier, 1996. In: COSTA, R. C. D.; SPINOLA, A. W. P.; TOLOSA, E. M. C. Modelo Metodológico

Organizacional Aplicável a Gestão de Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Revista Brasileira de Direito Médico**, 5. ed., 2003. Disponível em <<http://www.revistadedireitomedico.com.br>>

BORN, T. **Considerações sobre os asilos no Brasil**. [S.l.]: Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, 2004. Disponível em:< <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/consideracoes.htm>>. Acesso em: 19 out. 2005.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 810, de 22 de setembro de 1989. Aprova normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 set. 1989.

\_\_\_\_\_. Lei Federal nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jan. 1994.

\_\_\_\_\_. Lei Federal nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jan. 2002.

\_\_\_\_\_. Lei Federal nº 10.741, 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2003.

\_\_\_\_\_. Resolução Federal nº 283/2005/RDC/ANVISA, de 27 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 set. 2005.

CALDAS, C.; UCHOA, E.; GIACOMINI, K.; COSTA, M. F. F. L. **Carta de Ouro Preto: desigualdades sociais e de gênero e saúde dos idosos no Brasil**. 2002. Disponível em:< [http://216.239.51.104/search?q=cache:V8rOm9HjT7MJ:www.unati.uerj.br/doc\\_gov/destaque/ouro\\_preto.doc+pol%C3%ADticas+sociais+idosos&hl=pt-BR](http://216.239.51.104/search?q=cache:V8rOm9HjT7MJ:www.unati.uerj.br/doc_gov/destaque/ouro_preto.doc+pol%C3%ADticas+sociais+idosos&hl=pt-BR)>. Acesso em: 12 nov. 2005.

CASARA, M.; HERÉDIA, V.; CORTELLETTI, I. A realidade do idoso institucionalizado. **Rev. Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 9-31, 2004.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 454-460, 1999.

COMCIENCIA. **A política nacional do idoso: um Brasil para todas as idades**. 2002. Disponível em:<<http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env02.htm>>. Acesso em: 20 out. 2005.

DALLARI, S.G. Uma nova disciplina: o direito sanitário. **Rev. Saúde Pública**. v.22, n.4, p. 327-334, 1988.

DALLARI, S.G., BARBER-MADDEN, R., TORRES-FERNANDES, M. C., SHUQAIR, N. S. M. S. A. Q., WATANABE, H. A. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. **Rev. Saúde Pública**. v.30, n.6, p. 592-601, 1996.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, S. M. M.; LIMA, V. M. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 518-524, 2004.

FERRAZ, A. G.; BARBOSA, E. R. B.; TEIXEIRA, V. M. S.; BELO, G. M. S.; ALVES, M. M.; FARIAS, S. R.; B NETO, O. F. Caracterização das instituições de longa permanência para idosos da cidade do Recife. In: JORNADA NORTE-NORDESTE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1.; SEMANA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE NATAL, 3., 2005, Natal. **Políticas públicas e financiamento em visa: regulação, monitoramento e avaliação: painéis**. Natal: SUVISA-RN; COVISA; ANVISA, 2005. 1 CD-ROM.

GOLDSTEIN, S. Fundamentos científicos del envejecimiento. In: **Kelley, W. N. Medicina Interna**. 2. ed. Bogotá: Panamericana, 1992. p. 2743-2752.

GUERRA, H. L.; BARRETO, S. M.; UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; COSTA, M. F. F. L. A morte de idosos na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público poderia ter evitado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 16, p. 545-551, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. **Projeção da população do Brasil**. ago 2004. Disponível em:<[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticiavvisualiza.php?id\\_noticia=207&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticiavvisualiza.php?id_noticia=207&id_pagina=1)>. Acesso em: 18 out. 2005.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.

LEMONS, A.; SEVERINO, J.; LIMA, N.; SALES, R.; MORAIS, I.; FREITAS, L.; MODESTO, L.; FERRAZ, A.; FREIRE NETO, O. Portaria 810 (Dezesseis anos em vigor) e as adequações nas instituições de longa permanência, Recife, 2005. In: JORNADA NORTE-NORDESTE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1.; SEMANA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE NATAL, 3., 2005, Natal. **Políticas públicas e financiamento em visa: regulação, regulamento e fiscalização: painéis**. Natal: SUVISA-RN; COVISA; ANVISA, 2005. 1 CD-ROM.

LINHARES, C. R. C.; COELHO, V. L. D.; GUIMARÃES, R. M.; CAMPOS, A. P. M.; CARVALHO, N. T. Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 2, p. 319-26, 2003.

LOURENÇO, R. A.; MARTINS, C. S. F.; SANCHEZ, M. A. S.; VERAS, R. P. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 2, n. 39, p. 311-318, 2005.

MORAIS, I. M., SALES, R., FREITAS, L., MODESTO, L. F. Patologias de maior incidência em idosos residentes em instituições de longa permanência (ILPI), 2005. In: JORNADA NORTE-NORDESTE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1.; SEMANA DE

VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE NATAL, 3., 2005, Natal. **Políticas públicas e financiamento em visa:** regulação, promoção e Saúde: painéis. Natal: SUVISA-RN; COVISA; ANVISA, 2005. 1 CD-ROM.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos:** informe de un Grupo Científico de la OMS sobre la Epidemiología de Envejecimiento. Ginebra, 1984.

PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-496, 1999.

PIROTTA, W. R. B.; PIROTTA, K. C. M. O adolescente e o direito à saúde após a constituição de 1988 In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Cadernos, juventude saúde e desenvolvimento**, v.1. Brasília, DF, agosto, 1999. 303p. Disponível em: <<http://www.bireme.br>> Acessado em: 18 Mai 2006.

SÁ, J. L. M. A formação de recursos humanos em Gerontologia: fundamentos epistemológicos e conceituais. In: FREITAS, E. V. et al (Ed.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. cap. 137, p. 1119-1124.

SILVA, R. P. Estatuto do Idoso: em direção a uma sociedade para todas as idades?. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 898, 18 dez. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7723>>. Acesso em: 29 jun. 2006.

SILVA, M. C. **Políticas sociais para a terceira idade no Brasil contemporâneo**. Disponível em:<<http://www.portaldovoluntario.org.br/site/pagina.php?idconteudo=778>>. Acesso em: 20 jan. 2006.

SIQUEIRA, A. B.; CORDEIRO, R. C.; PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 687-694, 2004.

VERAS, R. P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, 2003.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, p. 225-233, 1987.

WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

YAMAMOTO, A.; DIOGO, M. J. D. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 660-666, out. 2002.