UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS APLICADAS

ADRIANA CRISTINA GATTI

DESAFIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO CUIDADO A IDOSOS COM ALGUM GRAU DE DEPENDÊNCIA CUJA REDE FAMILIAR É INSUFICIENTE

CHALLENGES OF PUBLIC POLICIES IN THE CARE OF THE ELDERLY WITH SOME DEGREE OF DEPENDENCE WHOSE FAMILY NETWORK IS INSUFFICIENT

LIMEIRA
2019

ADRIANA CRISTINA GATTI

DESAFIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO CUIDADO A IDOSOS COM ALGUM GRAU DE DEPENDÊNCIA CUJA REDE FAMILIAR É INSUFICIENTE

CHALLENGES OF PUBLIC POLICIES IN THE CARE OF THE ELDERLY WITH SOME DEGREE OF DEPENDENCE WHOSE FAMILY NETWORK IS INSUFFICIENT

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas da Faculdade de Ciências Aplicadas da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção do título de Mestra em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Master's Dissertation presented to the Interdisciplinary Program of Postgraduate in Applied Humanities and Social Sciences of the Faculty of Applied Sciences of the State University of Campinas, as a requirement for obtaining the Master's degree in Social and Applied Sciences.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Fuentes-Rojas.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA ADRIANA CRISTINA GATTI, ORIENTADA PELA PROFESSORA DOUTORA MARTA FUENTES-ROJAS.

LIMEIRA

2019

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Aplicadas
Renata Eleuterio da Silva - CRB 8/9281

G229d

Gatti, Adriana Cristina, 1974-
Desafios das políticas públicas no cuidado a idosos com algum grau de dependência cuja rede familiar é insuficiente / Adriana Cristina Gatti. – Limeira, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: Marta Fuentes-Rojas.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Aplicadas.

1. Envelhecimento. 2. Assistência social. 3. Instituição de longa permanência para idosos. 4. Vulnerabilidade social. 5. Idosos - Relações com a família. I. Fuentes-Rojas, Marta, 1957-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Aplicadas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Challenges of public policies in the care of the elderly with some degree of dependence whose family network is insufficient
Palavras-chave em inglês:
Aging
Social assistance
Long-term institutions for the elderly
Social vulnerability
Aged - Family relationships
Área de concentração: Modernidade e Políticas Públicas
Titulação: Mestra em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas
Banca examinadora:
Marta Fuentes-Rojas [Orientador]
Maria Virgínia Righetti Fernandes Camilo
Milena Pavan Serafim
Data de defesa: 27-02-2019
Programa de Pós-Graduação: Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)
- ORCID do autor: https://orcid.org/0000-0001-8502-4578
- Curriculo Lattes do autor: http://lattes.cnpq.br/9688606660941001

Autora: Adriana Cristina Gatti

Título: Desafios das políticas públicas no cuidado a idosos com algum grau de dependência cuja rede familiar é insuficiente

Natureza: Dissertação de mestrado

Instituição: Faculdade de Ciências Aplicadas, Universidade Estadual de Campinas

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marta Fuentes-Rojas (orientadora)
Faculdade de Ciências Aplicadas (FCA/UNICAMP)

Profa. Dra. Maria Virgínia Righetti Fernandes Camilo
Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC Campinas)

Profa. Dra. Milena Pavan Serafim
Faculdade de Ciências Aplicadas (FCA/UNICAMP)

A ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no processo de vida acadêmica da aluna.

Aos meus pais, Osmarina e José Carlos.

AGRADECIMENTO

Para mim, agradecer é uma ação que pode estar vinculada a duas situações, à obrigatoriedade protocolar das exigências do cotidiano, e a manifestação concreta do desejo subjetivo. Aqui farei pelos dois motivos, sem hierarquização, tampouco julgamento do que é mais ou menos digno, pois ao seguir as exigências e o rigor acadêmico também manifestarei aquilo que sinto e reconheço enquanto componentes deste meu processo de Mestrado.

Reconheço e agradeço a uma Força Superior a mim, que me guia e me motiva na busca pelo Conhecimento enquanto energia que movimenta aspectos teórico-práticos.

O tempo cronológico que me dediquei ao mestrado iniciou-se no segundo semestre de 2015, quando fui aceita como aluna especial na disciplina Vulnerabilidade e Proteção Social, ministrada pelos Professores Dra. Marta Fuentes-Rojas e Dr. Roberto Donato Júnior. A eles meus sinceros agradecimentos por me aceitarem no Programa e me permitirem trazer para as discussões teóricas minhas experiências profissionais. Nessa mesma disciplina, conheci Aérica Meneses, a qual sinto muito afeto, pois a presença dela foi o *link* que me fez sentir acolhida e valorizada; foi ela quem me convidou para participar de atividades extraclasse e a conhecer o Laboratório de Psicologia, Saúde e Comunidade (LAPSIC), coordenado pela Profa. Marta Fuentes-Rojas. Nesse Laboratório eu me vinculei e obtive muito aprendizado, pois, considerando que eu havia concluído a Graduação há 10 anos, eu não estava familiarizada com tantos rigores acadêmicos. Meus colegas do LAPSIC foram pacientes e muito me ensinaram. Nesse tempo tive o apoio para identificação e amadurecimento do meu Projeto de Pesquisa que ainda era embrionário e, minha terceira menção à Profa. Marta que confiou em mim e aceitou ser minha orientadora.

Foram 7 semestres percorrendo o itinerário Campinas-Limeira!

Para tanto, contei com a compreensão e apoio da Coordenadora da Instituição onde trabalhava, Irmã Antônia Cacilda dos Santos, que permitiu a flexibilização do meu horário de trabalho e assim pude frequentar as disciplinas e conciliar as atividades acadêmicas e profissionais.

Em 2017, ano que ingressei como aluna regular, tive a oportunidade de me dedicar com exclusividade ao mestrado, pois meu contrato de trabalho foi encerrado e ao mesmo tempo fui aceita como bolsista pelo Fundo de Apoio ao Ensino, à Pesquisa e à

Extensão (FAEPEX), da Pró-Reitoria de Pesquisa da UNICAMP. Esse tempo me proporcionou outras experiências, inclusive na experimentação da supervisão de um grupo de alunas da graduação de Nutrição e Ciências do Esporte que desenvolvia atividades de Extensão em uma Vila para Idosos, na Cidade de Limeira.

Agradeço todos meus colegas de Turma, pois na convivência e diálogos estabelecidos, dentro e fora da sala, pude confrontar ideias e desenvolver resiliências no meu papel de mestranda. Agradeço, especialmente, Roberta Espote que ouviu minhas dúvidas e angústias, pacientemente, e muito me ajudou a compreendê-las.

Meus agradecimentos cada professor que conheci, nas aulas ou nos seminários. Cada um me ensinou muito e me possibilitou pensar de formas diferentes; a abrir mão de ideias cristalizadas e identificar que tenho vários limites cognitivos e barreiras epistemológicas. Agradeço essa experiência tão importante que corrobora com minhas ideias de que há sempre algo a aprender e algo a deixar pra lá!

Em 2018 retomei minhas atividades profissionais e, mesmo recém-chegada a um novo local de trabalho, também contei com a compreensão e estímulo da minha Coordenadora Maria de Fátima de Bessa na flexibilização da minha carga horária. Assim, pude participar de vários Encontros, Simpósios e Congressos onde apresentei alguns resultados preliminares da minha pesquisa, bem como um Relato de Experiência do serviço oferecido por esse espaço.

Além da estrutura organizacional que me possibilitou o ir e vir. Pude contar com todo apoio dos meus pais, José e Marina, que me acolheram novamente em casa, todas as vezes que precisei de pernoites entre uma disciplina e outra e que, às vezes, durava quase toda a semana; pois moro em Campinas e eles em Limeira. Além do cuidado de minha mãe com minhas refeições em casa, ela também me possibilitou levar várias delícias para as reuniões do Laboratório e algumas disciplinas, assim, enquanto nos alimentávamos com conhecimento, ela, indiretamente, nos alimentava com o afeto.

Agradeço a Alexandra, minha companheira de vida, pelo cuidado e apoio que recebi durante todo o tempo que me dediquei ao ICHSA e pela compreensão das minhas ausências nas atividades corriqueiras.

Registro meus agradecimentos às profissionais que se disponibilizaram em participar desta pesquisa; me receberam nas ILPIs e colaboraram com suas narrativas tão generosas e honestas.

Agradeço às Professoras Ana Amelia Camarano e Milena Serafim Pavan que participaram da banca do exame de qualificação e colaboraram com importantes sugestões para a continuidade da pesquisa.

E, por fim, à Professora Marta retomo meus agradecimentos sinceros por ter acreditado em minhas capacidades intelectuais e emocionais para o desenvolvimento da pesquisa e pela sua presença, mesmo ante as dificuldades e sobrecarga de trabalho; agradeço por todas as vezes (e foram muitas) que respondeu as minhas dúvidas e promoveu alívio em minhas angustias relacionadas às pressões da rotina acadêmica. Obrigada por sua presença!

A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer.

Arnaldo Antunes

RESUMO

As projeções indicam que, 80% dos idosos viverão em países em desenvolvimento, caracterizando que o novo perfil etário tem dimensão mundial; estima-se que em 2030, a população idosa brasileira será de 18,6%; esse novo cenário evidencia que a necessidade de oferta de cuidados aumentará proporcionalmente ao aumento das fragilidades oriundas do declínio funcional típico da velhice e da reconfiguração dos arranjos familiares que potencializa a insuficiência familiar. Isto posto, cabe a questão: como as políticas públicas enfrentam o desafio do cuidado de pessoas idosas que se encontram em situação de dependência e não contam com uma rede de apoio familiar adequada? O objetivo geral da pesquisa foi verificar de que forma o cuidado às pessoas idosas com alguma dependência está sendo garantido pela Política de Assistência Social, na modalidade de acolhimento institucional, considerando que estas pessoas idosas contam com rede familiar frágil ou inexistente. A metodologia da pesquisa baseou-se na natureza qualitativa e documental. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram questionários para a caracterização das ILPIs e entrevistas semiestruturadas com os profissionais responsáveis por elas. Optou-se pelo critério político geográfico ao escolher as ILPIs que executam serviços da política de Assistência Social e que estejam presentes nos municípios que compõem a Região Metropolitana de Campinas. Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin. Os resultados apontaram três categorias: (1) Das instituições, (2) Do público atendido e (3) Dos profissionais. Embora tenha sido feita uma breve descrição de cada categoria elas se fundem e se complementam no dia a dia da vivência nessas ILPIs. A implementação da Política Pública se difere, em cada município, conforme o contexto sociodemográfico, mas também, e especialmente, quanto ao entendimento político dos atores envolvidos sobre a pluralidade da tríade envelhecimento-velhice-pessoa idosa. Os desafios apontados na pesquisa compõem uma rede complexa que aglutinam elementos culturais, governamentais, não governamentais, individuais e coletivos, tecnológicos e orçamentários. A prevalência da rede indireta em detrimento da direta para execução do acolhimento institucional para idosos foi um marcador importante, pois demonstra que as ações da sociedade ainda subsidiam as responsabilidades do Estado.

Palavras-chave: Envelhecimento; Assistência Social; Instituições de Longa Permanência Para Idosos; Vulnerabilidade Social; Insuficiência Familiar.

ABSTRACT

Projections indicate that 80% of the elderly will live in developing countries, and this projection characterizes the global dimension of the new age profile; it is estimated that in 2030, the Brazilian elderly population will be 18.6%; this new scenario shows that the need for care provision will increase proportionately to the cognitive and physical decline of the elderly population, especially important in light of the reconfiguration of family arrangements which also impacts family insufficiency. This raises the question: how do public policies face the challenge of caring for elderly people, who are dependent and do not have an adequate family support network? The general objective of the research was to verify how care for elderly people with some dependence is being guaranteed by the Social Assistance Policy, in the form of institutional reception, considering that these elderly people have a fragile or non-existent family network. The methodology of the research was qualitative and documentary in nature. The instruments used for data collection were questionnaires for the characterization of Long-Term Institutions for the Elderly (ILPIs) and semi-structured interviews with the professionals responsible for these institutions. The geographic political criterion was established by choosing the ILPIs that perform services for the Social Assistance policy and are present in the municipalities of the Metropolitan Region of Campinas. For the data analysis, the Bardin content analysis was used. The results indicated three categories: (1) institutions, (2) public attendance, and (3) professionals. A brief description of each category has been made, and it is important to note that they merge and complement each other in the daily life of these ILPIs. The implementation of Public Policy differs in each municipality according to the sociodemographic context. The political understanding of the actors involved in the plurality of the aging-old-elderly triad made a particular difference. The challenges identified in the research compose a complex network that brings together cultural, governmental, non-governmental, individual and collective, technological and budgetary elements. The prevalence of an indirect network is a detriment to the execution of the institutional reception for the elderly and was an important marker, since it shows that the actions of the society still subsidize the responsibilities of the State.

Key words: Aging; Social Assistance; Long-term institutions for the elderly; Social Vulnerability; Family Insufficiency.

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

Figura 1 – Composição de algumas ciências sobre o envelhecimento.....28
Figura 2 – Pirâmides etárias da população brasileira nos anos 2000, 2018 e 2030.....30
Figura 3 - Mapa da Região Metropolitana de Campinas.....57
Figura 4 – Elementos constituintes da insuficiência familiar de idosos.....87
Figura 5 – Constituição de uma ILPI-AS.....98
Gráfico 1 – Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade na população total do Mundo (1950 – 2050).....45
Gráfico 2 - Perfil etário do envelhecimento populacional, segundo estudos da Organização Mundial da Saúde (2015).....46
Gráfico 3 – Categorias de rendimento dos residentes das ILPIs-AS.....73
Gráfico 4 – Relação dos profissionais e do número de idosos nas ILPIs-AS.....79
Gráfico 5 – Frequência das visitas de familiares nas ILPIs-AS.....89
Gráfico 6 – Faixa etária das pessoas acolhidas nas ILPIs-AS 94
Gráfico 7 – Graus de dependência das pessoas idosas residentes nas ILPIs-AS.....94
Gráfico 8 – Graus de dependência das pessoas idosas em cada ILPI-AS.....95
Gráfico 9 – Relação da faixa etária dos residentes e dos graus de dependência em cada ILPI-AS.....97
Quadro 1 – Linha história de algumas políticas sobre o envelhecimento.....42
Quadro 2 - Temas que surgiram a partir da leitura flutuante das transcrições das entrevistas e das respostas dos questionários.....69
Tabela 1 - Projeções da população mundial por regiões: 2017, 2030, 2050 e 2100.....44
Tabela 2 – Relação do porte do município, número de habitantes, índice de envelhecimento e população idosa.....65
Tabela 3 – Descrição da composição do universo da pesquisa.....66
Tabela 4 – Relação do ano de fundação, ano de parceria com o Poder Público Municipal e o vínculo com alguma religião.....71
Tabela 5 - Número de vagas disponíveis, índice de ocupação e vagas em parceria com o município.....75
Tabela 6 – Quadro de Recursos Humanos para ILPIs-AS.....79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
ANG	Agência Nacional de Gerontologia
ANSA	Agência ANSA Societá Cooperativa
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância em Saúde
AVD	Atividade de Vida Diária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CF	Constituição Federal
CIAPVI	Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMI	Conselho Municipal do Idoso
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CRI	Centro de Referência do Idoso
EMPLASA	Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICHSA	Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
ILPI-AS	Instituição de Longa Permanência para Idosos da Assistência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde

MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NOB	Normas e Orientações Básicas
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OSC	Organização da Sociedade Civil
PNI	Política Nacional do Idoso
QV	Qualidade de Vida
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RH	Recursos Humanos
RMC	Região Metropolitana de Campinas
RPA	Recibo de Pagamento Autônomo
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SIGG	Sociedade Italiana de Geriatria e Gerontologia
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLT	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFT	Taxa de Fecundidade Total

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....16

PARTE I

TRÍADE: ENVELHECIMENTO, VELHICE E PESSOA IDOSA.....22

1. O ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL E COLETIVO DA ESPÉCIE HUMANA.....23

1.1. As relações das especificidades individuais e o contexto que a pessoa idosa está inserida.....29

1.2. A construção social da proteção às pessoas idosas.....35

1.3. O envelhecimento demográfico.....44

1.4. Cuidado: substantivo feminino.....48

1.5. Um lugar para cuidar: ação profissional.....50

PARTE II

A(S) APLICABILIDADE(S) DO CONHECIMENTO.....53

2. A PESQUISA.....54

2.1. Descrição do campo de pesquisa e da metodologia.....55

2.2. A escolha do objeto de estudo e dos instrumentos.....58

2.3. A análise dos dados.....60

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....62

3.1. Das Instituições.....70

3.2. Dos funcionários.....77

3.3. Do público atendido.....84

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....99

REFERÊNCIAS.....105

APÊNDICES.....113

ANEXOS.....118

INTRODUÇÃO

Nesta introdução, procuro me apresentar e contextualizar o leitor sobre a escolha e o desenvolvimento do tema da pesquisa. Por isso, utilizo a narração na primeira pessoa do singular; já no desenvolvimento dos capítulos, optei pelo uso da impessoalidade, para seguir os padrões acadêmicos. Para descrever sobre minhas motivações e construção da pesquisa, gostaria de ter como ponto de partida a própria experiência como mestranda, pois um dos desafios que encontrei no Programa de Mestrado foi compreender que o exercício de elaborar problemas pode ser tão fundamental quanto o exercício de solucioná-los. Digo isto, pois, a graduação[1] que fiz me treinou para intervir em problemas, contextualizados sócio e historicamente, a partir de um roteiro quase que preestabelecido e cujas alternativas de intervenção assentam-se, majoritariamente, no repertório das políticas públicas para garantia de direitos. Somado à graduação, 12 anos de prática profissional me condicionaram a uma performance, preponderantemente, interventiva. No cotidiano, pela urgência das intervenções e exigências burocráticas, o tempo para a autorreflexão e debates sobre as construções das ações fica prejudicado, convencionando-se, portanto, à pressa das ações em detrimento da atividade reflexiva. Assim, ao iniciar o desenvolvimento de meu papel de pesquisadora, corri o risco de iniciar outra dicotomia e hierarquizar a interventividade e a contemplação.

Lafer (1997), ao traçar no prefácio a autoridade intelectual de Norberto Bobbio[2], menciona que no livro *Il dubbio e la scelta*, o autor propôs que o papel do intelectual seria incitar as ideias e desatar nós, ao contrário de um intervencionista que seria de tomar decisões e cortar os nós. Utilizando a imagem do nó, penso que seria imprudente escolher qual opção é a melhor: cortá-lo ou desatá-lo; sem considerar o contexto em que o nó estaria inserido. Pois, se em uma determinada situação o nó impedisse o fluxo da vida, cortá-lo seria a melhor atitude, contudo, se o corte prejudicasse a vida, desatá-lo seria mais prudente. E ainda, uma terceira alternativa seria o afrouxamento do nó. Me parece que a escolha da resposta depende das circunstâncias da situação; ou seja, diferentes contextos, diferentes respostas.

Quando escolhi como tema norteador para minha pesquisa a proteção às pessoas idosas com algum grau de dependência, cuja rede familiar é frágil ou inexistente, imaginava que ao fim, inevitavelmente, apareceria uma resposta capaz de solucioná-la e que conferiria o êxito à pesquisa. Imaginava que a resposta se traduziria em uma intervenção política, capaz de

1 Bacharel em Serviço Social.
2 Norberto Bobbio (1909 – 2004), italiano, filósofo, político e teórico.

proteger o maior número possível de pessoas idosas com alguma dependência, em vulnerabilidade e risco por falta de apoio familiar ou comunitário. Esse desejo originou-se no exercício profissional, quando, por falta de políticas públicas adequadas, presenciei a manutenção da violência aos usuários[3] e situações extremas que levaram ao óbito de forma indigna, por falta de medicamento ou por não terem alguém para ofertar os cuidados básicos necessários.

É evidente que não assisti passivamente casos como esses, pois promovi vários espaços para discussão com o intuito de alcançar alternativas para o rompimento da violência, bem como formalizei instrumentos de denúncias e responsabilização em órgãos competentes. Mas, nem todos os casos foram atendidos adequadamente pelos responsáveis, pelas mais diversas justificativas, geralmente promovida pela burocracia, ineficiência ou falta de compreensão da problemática.

No cotidiano da ação profissional, há um fosso entre cada degrau de hierarquia; enquanto os trabalhadores que executam a política pública e que estão frente a frente com os usuários exigem mais aparato para soluções, os gestores dessas políticas justificam os limites legais e orçamentários. Situações parecidas no cenário do Judiciário, em que a morosidade nos encaminhamentos impede a proteção imediata. Optei por esse tema pois estava imbuída nos embates da proteção da pessoa idosa, especialmente nos casos mais complexos que exigiam articulação com atores de diferentes setores[4].

Distanciada desta experiência e mais próxima ao ambiente acadêmico, compreendo que há um segundo ponto que me instiga ao aprofundamento deste estudo, pois ao tratar sobre as necessidades de cuidados às pessoas idosas estou, de certa forma, refletindo sobre minhas próprias necessidades vindouras. Neste sentido, quando me deparo com uma pessoa idosa, logo penso: como me sentiria se eu estivesse no lugar dessa pessoa? Quais as necessidades diárias eu gostaria que fossem apoiadas? Será que terei garantidos os direitos para a vivência da velhice com dignidade? E para além dessas reflexões: como dissertar sobre a garantia de cuidados essenciais e existenciais, considerando a vulnerabilidade específica de um determinado período cronológico da existência humana?

Esses são alguns elementos que me motivam e partindo deles, fui delineando o projeto de pesquisa. Vale destacar que, quando estava como conselheira no Conselho

3 Usuário é o termo utilizado para referir-se àqueles que são atendidos pela Política de Assistência Social.

4 Fui trabalhadora em uma Organização da Sociedade Civil que executava Serviço Público de Proteção às Pessoas Idosas, com Deficiência e suas famílias e conselheira do Conselho Municipal do Idoso.

Municipal do Idoso (CMI) eu coordenei uma Comissão Permanente, chamada de Comissão de Instituição de Longa Permanência para Idosos, também chamadas de ILPIs, e um Grupo de Trabalho, denominado Graus de Dependência, que posteriormente teve o nome alterado para Funcionalidade da Pessoa Idosa. A participação na Comissão me proporcionou a experiência de conhecer *in loco* algumas ILPIs prestadoras de serviços privados e públicos e me aproximar das diferentes perspectivas para esse serviço: do residente, do proprietário, do funcionário e do próprio fiscalizador. Já a participação no Grupo de Trabalho, me proporcionou o aprofundamento em discussões sobre as fragilidades típicas da pessoa idosa e como as políticas públicas se organizam para a garantia de direitos. Nesse Grupo, a motivação para a qualificação do debate reunia profissionais representantes de setores público e privado, de diferentes políticas, como Assistência Social, Saúde, Previdência Social, Esporte e Lazer, Transporte; e diferentes segmentos, incluindo a Universidade. Concomitantemente à participação nesses espaços coletivos, fui Assistente Social e posteriormente coordenadora em uma Organização da Sociedade Civil que prestava serviço da Política de Assistência Social no domicílio de pessoas idosas, pessoas com deficiência e suas famílias, que apresentavam violação de direitos. Tais experiências trouxeram à tona questionamentos sobre como as Políticas Públicas se organizam para proteger uma pessoa idosa com alguma dependência, cuja rede de apoio, quer seja familiar ou da comunidade, se apresentam frágeis ou inexistentes?

E por fim, destaco também minha participação em um Grupo Organizador de um curso chamado “Conhecendo o Envelhecer”. Esse Grupo era composto pela Instituição que eu trabalhava, pela Escola de Governo e Desenvolvimento do Servidor e pelo Conselho Municipal do Idoso. O curso tinha carga horária de 60 horas e, como o próprio nome sugere, ele tinha o objetivo de promover o conhecimento sobre o envelhecimento aos trabalhadores da rede socioassistencial e da saúde. Com o desdobramento desse curso, também participei da elaboração e desenvolvimento de outro curso que chamamos de Curso para Cuidadores Informais de Idosos, aberto a profissionais e a qualquer pessoa interessada. Para ministrar os temas, em ambos os cursos, convidamos profissionais da área e da academia e mesclamos vários saberes com intuito de promover desmistificação sobre o tema, quebra de preconceitos e maior familiaridade de conceitos importantes em geriatria e gerontologia, sempre buscando a linguagem adequada ao público participante. Todos os profissionais colaboraram de forma voluntária. Houve uma grande procura pelos cursos, chegamos a fazer duas turmas no mesmo semestre, manhã e tarde. É importante ressaltar que as pessoas que procuravam o curso

tinham uma expectativa para o aprendizado, mas também aproveitavam os momentos para trocas de experiências e vivência de autocuidado. Pois, como é percebido na prática, o cuidado às pessoas idosas demanda conhecimento técnico, autoconhecimento e manejos assertivos das relações interpessoais.

Mergulhada nessa experiência, o título do Projeto de Pesquisa que submeti para seleção do Programa de Mestrado foi "Quem vai cuidar da pessoa idosa com alguma dependência, cuja rede familiar ou comunitária é frágil ou inexistente?" e a proposta para coleta de dados seria entrevistas semiestruturadas com pessoas idosas institucionalizadas. No decorrer do curso, as discussões em salas de aula, participação em grupos de estudos, aprofundamento de bibliografia, reflexões solitárias e compartilhamento com minha orientadora de mestrado, o delineamento do Projeto resultou no estudo que ora apresento.

Destaco que em um Artigo publicado em 2016, sobre uma pesquisa feita com representantes do Conselhos de Saúde e do Idoso da Região Metropolitana de São Paulo, constatou-se que ao ser pesquisada a questão "Quem cuidará de nós em 2030?", o desejo dos participantes se expressou sobre a trilogia: quem cuidará, onde será ofertado o cuidado e como querem ser cuidados. A pesquisa evidenciou o desejo de serem cuidados por um cuidador familiar e um profissional capacitado, em um local que já esteja acostumado e que haja convivência com gerações diferentes (OLIVEIRA et al., 2016). Pensando nas projeções demográficas que apontam que cada vez mais nascem menos pessoas e a vida humana está cada vez mais prolongada, ou seja, mais pessoas estão vivendo cada vez mais, e cada vez mais nascem menos pessoas, a família se reconfigura levando em consideração o número de integrantes e a relação estabelecida entre eles e como a sociedade vivencia esses novos arranjos no domicílio.

Nesse sentido, a insuficiência familiar se torna cada vez mais preponderante, apontando que, em algum momento, o Estado substituirá ou complementará as funções típicas da família. Vale lembrar que a necessidade de cuidados não é algo recente, o que é recente é a complexidade como essa necessidade está se apresentando. Por isso, no delineamento do projeto da pesquisa fui refletindo que, para além de buscar uma resposta para a pergunta inicial "Quem cuidará?", eu poderia fazer uma releitura do espaço de acolhimento dessa demanda, ou seja, das ILPIs. Mesmo sendo elas um espaço secular, irrompe-se no cotidiano como um prestador de serviço, apropriado pelo mercado como terceirizador de cuidados e pelo Estado como estratégia de oferta de proteção ao público em questão.

Com a intenção de apresentar meu raciocínio em relação a problematização do meu objeto de pesquisa, optei por organizar o texto da dissertação da seguinte forma: pensei em duas partes, na primeira parte trago a discussão sobre a tríade envelhecimento-velhice-pessoa idosa e a relação que esses termos têm consigo e com a sociedade e como eles têm se afetado, especialmente nas últimas décadas. É possível perceber que mesmo organizando em itens distintos, os assuntos se permeiam e demonstram a relação muito próxima entre eles, beirando a interdependência, como fundamento para a discussão dos resultados. Sem perder de vista que a velhice é uma das etapas da vida humana marcada pelas diferentes vivências das fases pregressas a ela, pelas características individuais (biopsico), o contexto socio-histórico e as relações que foram sendo estabelecidas e desfeitas durante a vida. Não raro, no quotidiano popular, os termos *ir para um asilo*, ou *asilar-se* ainda denota um certo tom de abandono ou ameaça, especialmente por ser proferido pela família ao ente, ou ao ente à família. Em ambos os casos, nota-se o rompimento das relações de solidariedade familiar ou o desejo de separação como forma de solucionar algum conflito.

Na segunda parte, apresento detalhadamente a escolha metodológica da pesquisa e a discussão dos dados reconhecendo as Instituições de Longa Permanência para Idosos, como direito social e como um dos espaços destinados à proteção das pessoas em vulnerabilidade pessoal e social.

Pois bem, identificado esse *locus* para o desenvolvimento da pesquisa, fundamentei a discussão em algumas leis, normatizações e diretrizes para pensar as convergências quanto a proteção à velhice através de políticas públicas. Aproveitando essas diretrizes, que apontam regras para o funcionamento das ILPIs, optei por fazer a pesquisa com aquelas que prestam serviços de natureza pública, ou seja, aquelas cujos serviços são garantidos através de financiamento público, incluindo as parcerias entre Governo e sociedade civil. Fundamento a escolha com a Tipificação dos Serviços Socioassistenciais, em que consta que na Proteção Social de Alta Complexidade, modalidade Acolhimento Institucional da Política de Assistência Social, cabe à ILPI executar os serviços de proteção à pessoa idosa com alguma dependência e cuja rede familiar é frágil ou inexistente (MDS, 2013). A outra opção, no delineamento da pesquisa, foi pesquisar a partir do olhar das pessoas que trabalham nesses espaços e, entre elas, escolhi o olhar do coordenador técnico da Instituição, com a finalidade de compreender como esses profissionais entendem o cuidado e a insuficiência familiar. No final, apresento a discussão dos dados à luz da literatura e algumas considerações relacionadas com as mudanças nos novos arranjos familiares onde os laços de solidariedade

familiar estão cada vez mais fragilizados, potencializando situações de risco e vulnerabilidade social. Assim, a proteção ao idoso entrou para o *roll* das políticas públicas e *ir para o asilo* ou *asilar-se* têm sido alternativas de cuidado para aqueles que não possuem condições financeiras de contratar um serviço para esse fim.

PARTE I

TRÍADE: ENVELHECIMENTO, VELHICE E PESSOA IDOSA

1. O ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL E COLETIVO DA ESPÉCIE HUMANA

Diário de campo – 28 de Junho de 2018

Em uma tarde agradável de outono, cheguei à ILPI e antes mesmo de tocar o interfone pude contemplar duas idosas sentadas em um banco desses 'de praça' e ao lado delas dois bonecos que representavam um casal. Esses bonecos eram de tamanho igual ao delas e compunha, o que me pareceu, um cenário junino. A frente da ILPI era toda cercada por grades, em vez de muros e ao me ver tocando o interfone, uma delas me perguntou o que eu queria e logo retornou com uma chave e abriu o portão para eu entrar. Logo pensei sobre a autonomia e independência que ela demonstrou. Me acompanhou até a recepção e me disse para ficar à vontade. [...] A Assistente Social me contou que uma das idosas pediu para fazer um galinheiro para ela poder cuidar das galinhas; eu perguntei se tinha sido tranquilo a autorização do pedido pela direção da ILPI e ela respondeu enfaticamente 'Sim, supertranquilo! Fazemos de tudo para que elas se sintam na casa delas'. No galinheiro havia galos e galinhas grandes e o espaço estava limpo e organizado; segundo a profissional, a idosa também cuida da horta e sempre que recolhe os ovos ou colhe algum alimento da horta, ela faz questão de ajudar no preparo de algum prato e vai de mesa em mesa e coloca um pouco desses alimentos nos pratos das idosas e diz com satisfação que é alimento cultivado no lar. Ela prosseguiu 'A gente percebe que elas gostam muito de fazer coisas que faziam em outros momentos da vida e nós estimulamos isso'.

Para Papaléo-Netto (2016), o tema do envelhecimento vem se tornando mais presente nas diversas sociedades, a partir do século XX, devido à "pressão passiva" oriunda do aumento mundial da população idosa. Segundo o autor a visibilidade da população idosa em termos quantitativos estimulou a criação de novas áreas do saber, como a Geriatria e a Gerontologia, que se constituíram como ciências ao elegerem o tema envelhecimento como protagonista de teorizações científicas. Embora essas duas disciplinas tenham como disparadores as ciências naturais, o processo do envelhecimento traz desafios para outras esferas do conhecimento e vem conquistando a atenção e a agenda em diversos setores (públicos e privados) da sociedade contemporânea.

Para pensar o tema, é importante retomar que uma teoria pode ser entendida como

> um conjunto de definições, leis e princípios gerais sobre um determinado objeto. O objetivo da teoria é a construção do conhecimento científico, de forma sistemática, reflexiva, crítica, coletiva e acumulativa. Ela funciona como lentes por meio das quais os cientistas observam, compreendem, explicam e fazem predições sobre a realidade (BIRREN, 1999 apud NERI, 2013).

Neste sentido, alguns conceitos se complementam e outros podem se contradizer, mas é nesse movimento da diversidade que a discussão sobre um determinado tema se enriquece, possibilitando novas interpretações e análises.

As definições e conceitos promovem possibilidades de expressões úteis à comunicação humana, especialmente na comunicação científica. Estudar o envelhecimento humano[5] requer abertura para o conhecimento acumulado de mais de um século, especialmente produzido pela Geriatria, que estabeleceu-se como uma especialidade médica constituída sobre o envelhecimento.

A construção e debates do termo envelhecimento vem ocorrendo pelas mais diversas áreas do conhecimento e isso lhe confere um movimento que ora se fixa na amplitude, ora em suas especificidades e ora em ambas.

Para Cunha (2006), o termo envelhecimento é comumente utilizado para se referir a alterações das formas e das funções biológicas que ocorrem ao longo da vida e que acarretam algumas degenerações. Também pode ser reconhecido como um processo em que o tempo é um fator determinante para o declínio da vida. Entretanto, a ação deletéria que o tempo pode causar não ocorre em todos os organismos, no mesmo período e da mesma forma (CUNHA, 2006). Ou seja, nem todo organismo responderá da mesma maneira, mesmo que estiver sob as mesmas condições ambientais.

Ao analisar resultados de experimentos feitos com camundongos, em que o ambiente externo foi controlado para preservar as condições satisfatórias de vida, como água, alimento, oxigênio e higiene, Cunha (2006) destaca que não houve superioridade máxima da longevidade comparada aos camundongos criados em ambientes não estéreis. Complementa apontando que, mesmo que o tempo seja um fator teoricamente aceitável no processo do envelhecimento, ainda não foi identificado um padrão a ser seguido em todas as espécies de organismos. É possível observar pessoas que possuem a mesma idade e que apresentam características fisiológicas diferentes (CUNHA, 2006). Para Teixeira e Guariento (2010) há limites no conhecimento científico sobre as causas biológicas do envelhecimento, mas há uma tendência em considerar que o envelhecimento é um processo que ocorre entre o início e o fim da vida.

---

5 A partir deste ponto, utilizarei apenas o termo envelhecimento para caracterizar o envelhecimento humano.

Já na apresentação da 2ª edição do Tratado de Geriatria e Gerontologia[6], os organizadores da obra apresentaram a ideia de que,

> o processo de envelhecimento humano, por suas características de grandes transformações estéticas e inexorável curso finito, permite a disseminação de conceitos não fundamentados na comprovação científica, causando danos na qualidade de atendimento geriátrico-gerontológico, com risco potencial de prejuízos biopsicossociais (FREITAS et al., 2006, n.p).

As discussões sobre o envelhecimento, para dentro do campo das ciências, se iniciaram em 1903, quando houve a sugestão do biólogo russo e sucessor de Pasteur, Elie Metchnikoff (1845-1916), de criar uma especialidade denominada Gerontologia, mas, seu assunto estudado não obteve o apoio da comunidade científica. Com mais êxito, em 1909, Ignatz L. Nascher (1863-1945), médico vienense radicado nos EUA, conseguiu concretizar o interesse da criação de uma nova especialidade da medicina que tratasse dos idosos e das doenças oriundas da velhice, a Geriatria. E, em 1922, o psicólogo americano, G. Stanley Hall (1846-1924) publicou a primeira pesquisa de natureza psicológica em larga escala sobre as questões da velhice, seus estudos apontaram novos paradigmas no entendimento de que o processo comumente identificado com degenerativo poderia ser concebido com mais otimismo (PAPALÉO-NETTO, 2016). O interessante é que Stanley Hall, segundo Papaléo-Netto (2016), foi o primeiro psicólogo a receber o doutoramento em seu país com estudos sobre a adolescência e a este tema dedicou vários anos de seus estudos. Entretanto, ao envelhecer, foi se identificando com o tema e enveredou-se nessas pesquisas, o que culminou em uma relevante obra que comprovou que “as pessoas idosas tinham recursos até então não apreciados, contradizendo a crença de que a velhice é simplesmente o reverso da adolescência” (p.3).

Dito isto, é possível inferir que à medida que os estudos avançaram e as compreensões sobre os temas relacionados ao envelhecimento foram ampliando-se, outras disciplinas foram envolvendo-se ao tema, possibilitando novas compreensões. Contudo, a maioria dos estudos produzidos até 1940, não foram oriundos de experimentos controlados em animais, mas de especulações teóricas que se detinham em detalhamentos de técnicas e métodos para aumentar a longevidade (GUARIENTO et al., 2006). O termo longevidade pode ser entendido como o período da vida, ou duração da vida de determinado organismo (CUNHA, 2006).

---

6 O Tratado de Geriatria e Gerontologia é uma obra de grande envergadura científica, pois reúne textos de autores atuantes e especializados. A publicação é destinada a profissionais de diversas áreas e a cada edição se atualiza; a primeira edição ocorreu em 2002; a segunda em 2006; a terceira em 2011 e a quarta em 2016.

A velhice pode ser abordada de várias maneiras, conforme é apontado por Beauvoir (1990); esta autora escreveu em 1970, aos 61 anos, um ensaio que intitulou *La Vieillesse*. Na introdução da obra apresentou o motivo que a levou a escrever sobre o tema: romper com o *conluio* de silêncio que o envolvia. Ela enfatizou que a sociedade de consumo tentava ocultar através do apelo da abundância e da ilusão da prosperidade a existência das pessoas idosas. Segundo a autora é preciso deixar audível a voz humana que a *cultura burguesa* insiste em silenciar. "Até o século XIX, nunca se fez menção aos 'velhos pobres'; estes eram poucos numerosos e a longevidade só era possível nas classes privilegiadas; os idosos pobres não representavam rigorosamente nada" (p. 111). Nesse sentido, se a atenção à velhice já é algo frágil, a quem interessaria o cuidado de uma pessoa velha e pobre? "Não basta, portanto, descrever de maneira analítica os diversos aspectos da velhice: cada um deles reage sobre os outros e é afetado por eles; é no movimento infinito dessa circularidade que é preciso apreendê-la" (BEAUVOIR, 1990, p.16).

Segundo Leite e Araújo (2017) "a velhice é uma categoria socialmente manipulada, manipulável e em constante transformação" (p.197). Considerando essa transformação, Debert (1999) lembra que nas sociedades modernas, a velhice trazia evidências pelo aspecto da degeneração física e prescrição dos papéis sociais, associando a essa fase da vida uma coleção de imagens negativas. Porém, pela visibilidade dos declínios próprios da velhice, essa mesma sociedade foi propositiva para a garantia da aposentadoria como um direito social, por exemplo (DEBERT, 1999).

Para Papaléo-Netto (2016),

> Às manifestações somáticas da velhice, que é a última fase do ciclo vida e que são caracterizadas pela redução da capacidade funcional, calvície, canície, redução da capacidade de trabalho e da resistência entre outras, associam-se perdas dos papéis sociais, solidão, perdas psicológicas e motoras, e afetivas (p.11).

Por outro lado, Motta (2006) apresenta a pluralidade da velhice ao incluir a existência de sujeitos,

> A velhice é um fenômeno biossocial que não existe singularmente e nem de modo tão evidente quanto se costuma enunciar. Isto é, não existe a velhice, existem 'velhices'; o que também significa que não existe velho, existem velhos; 'velhos e velhas', em pluralidade de imagens socialmente construídas e referidas a um determinado tempo do ciclo de vida (p. 78).

A partir dessas definições, é possível perceber três elementos que ora se diferenciam e ora se complementam: o envelhecimento, a velhice e a pessoa velha. Papaléo-Netto (2016) define o envelhecimento como processo, a velhice como fase da vida e a pessoa

que vivencia esse processo e essa fase como um resultado final. Nessa tríade pessoa-processo-fase cabem as mais diversas concepções teóricas, entretanto, há que considerar a natureza heterogênea, complexa e dinâmica e suas expressões na contemporaneidade.

Há uma dualidade no entendimento do uso do termo velho ou velha para se referir às pessoas com mais de 60 anos, pois, se por um lado é comum observar que o uso desses termos pode caracterizar uma conotação negativa, pejorativa, preconceituosa e que corrobora com a manutenção de estereótipos dessa fase da vida, por outro lado há que se permitir repensar seu significado. Leite e Araújo (2017) defendem que a utilização desses termos por pessoas ligadas a esse segmento populacional, sejam elas empenhadas com pesquisa, estudo ou na execução de um serviço, pode criar uma cultura afirmativa com engajamento político para ressignificação da identidade coletiva e individual dos velhos e velhas. As autoras argumentam que a substituição desses termos por outros como idoso, idosa, terceira idade, "por si só não mudaria os critérios acionados para classificar a velhice, tampouco diminuiria os preconceitos e os estereótipos" (p.195). Segundo elas, os resultados da pesquisa sobre as representações do envelhecimento, inferiram que a utilização de outros termos para designar a pessoa velha não passaria de eufemismo, ou recursos linguísticos para a negação da própria condição humana.

Para construção deste trabalho, foram considerados os marcadores cronológico e econômico para identificar a pessoa velha. Esse marcador é universalmente reconhecido e segundo as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), "o limite de idade entre o indivíduo adulto e o idoso é 65 anos em nações desenvolvidas e 60 anos nos países emergentes. Logo, o envelhecimento populacional é uma consequência do desenvolvimento" (CIOSAK et al., 2011, p.1764). Entretanto, no final de 2018, a Agência ANSA Societá Coorperativa divulgou que a Itália, 3º maior país em população idosa, até então, alterou de 65 para 75 anos o marcador cronológico para considerar que um italiano seja definido com idoso. Essa mudança, proposta pela Sociedade Italiana de Geriatria e Gerontologia (SIGG), fundamentou-se em dados demográficos que identificaram que a expectativa de vida dos idosos italianos aumentou de 10 para 20 anos, desde 1900 (ANSA, 2018). Para a SIGG, baseada em estudos científicos, o argumento para essa alteração é que a pessoa só deve ser considerada idosa quando houver 10 anos de expectativa de vida.

Neste trabalho, optou-se pela utilização do termo pessoa idosa para identificar a pessoa que está vivenciando a fase da velhice, em vez de velho, velha, terceira idade ou qualquer outro termo semelhante. A escolha foi fundamentada para seguir os mesmos

preceitos que essa denominação tem nas políticas públicas, com a proposta de conferir a categoria de sujeito de direito a essas pessoas e dar a elas visibilidade social para contrapor-se ao histórico de segregação. A sugestão do marcador etário e econômico, proposta pela OMS, também foi adotada para identificação da pessoa idosa nos parâmetros jurídicos brasileiro, conforme preconiza o Artigo 2º da Lei 8.842, de 04 de Janeiro de 1994, "Considera-se idoso, para os efeitos desta lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade" (BRASIL, 1994). E ainda, o Artigo 1º da Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003, "É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos" (BRASIL, 2003).

A **Figura 1**, em analogia a uma colcha de retalhos, procura demonstrar como as teorias de algumas ciências do envelhecimento vêm se formatando, utilizando de sobreposições e interações de conhecimentos, ora mais focado em aspectos orgânicos, ora em aspectos sociais e ora sendo afetada pelos diferentes aspectos concomitantemente.

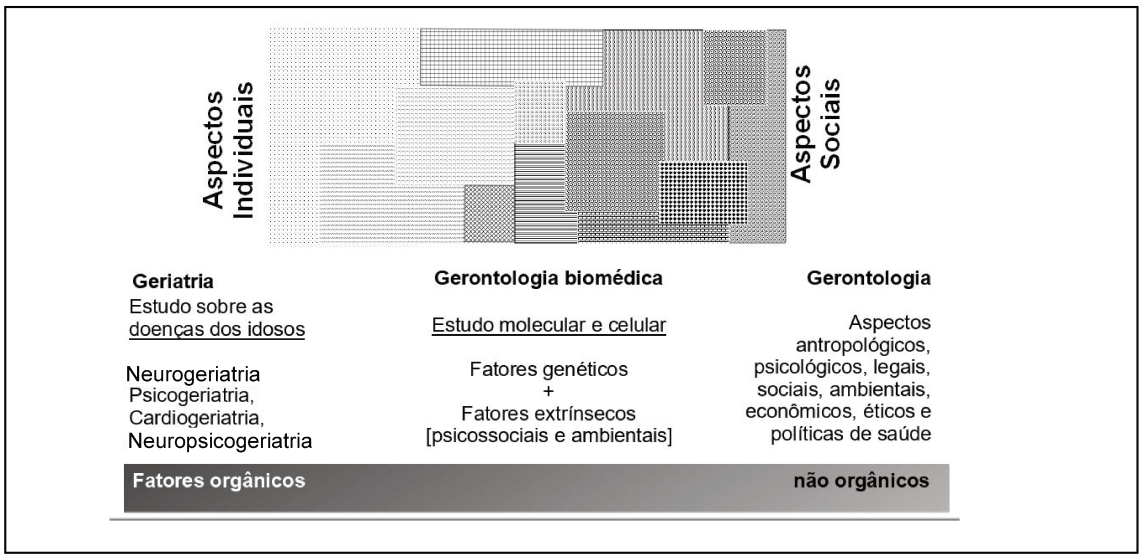


Figura 1 – Composição de algumas ciências sobre o envelhecimento.
Fonte: Elaboração própria.

Com essas perspectivas, fica evidente que ao introduzir o tema envelhecimento, é necessário reconhecer os aspectos orgânicos, não orgânicos, individuais, coletivos, econômicos, políticos, culturais, enfim, perceber as diversas variáveis que afetam a experiência dessa fase da vida e, como veremos a seguir, como essa experiência tem afetado a sociedade e desafiado os setores públicos em respostas às questões de prevenção e proteção.

Essa figura procura demonstrar a necessidade da compreensão da multidimensionalidade que o processo do envelhecimento propõe, em contraponto à

valorização do saber específico que se isola e não permite a inter-relação de saberes e fazeres. Há convergências e divergências entre as diferentes correntes que tratam sobre o tema, e a Gerontologia busca integrar os diferentes aspectos para ampliar a compreensão da dinâmica existente entre pessoa que envelhece e a sociedade na qual está inserida. Embora algumas situações sejam típicas da velhice isso não define que todas as pessoas idosas vivenciarão as mesmas situações. O desenvolvimento humano é peculiar em sua subjetividade e a velhice é parte desse processo.

Nesse sentido há que se considerar toda a história pregressa de cada um, pois não é verdade o que costuma proclamar o senso comum, por exemplo, que *todo velho é teimoso*; o que se observa é que características de personalidade podem se acentuar com o passar do tempo. Por outro lado, é possível observar que ao envelhecer, há uma preponderância nas vulnerabilidades financeiras das pessoas mais pobres, considerando o sistema brasileiro de previdência social que não corrige os salários e pensões com os mesmos critérios utilizados nos índices dos salários que outrora o trabalhador, enquanto categoria, era beneficiado.

1.1. As relações das especificidades individuais e o contexto que a pessoa idosa está inserida

Embora no imaginário popular, o envelhecimento possa estar diretamente relacionado à perda da vitalidade, existem duas categorias distintas que retratam este período: a senescência que é o processo orgânico natural do envelhecimento e a senilidade que é o acometimento de alguma doença oportunista à senescência. Além dos aspectos sobre a fragilidade da vida, há uma tendência em dar visibilidade, nas pautas econômicas e políticas, sobre o impacto financeiro negativo causado por esse fenômeno. A justificativa se dá sobre os custos orçamentários para manutenção da vida improdutiva e frágil, sendo que quanto mais ela se fragiliza, mais recursos financeiros necessitará. Esse discurso reforça ainda mais a construção de mitos e preconceitos sobre a velhice, distanciando o debate da perspectiva da garantia de direitos, por exemplo.

Considerando os aspectos multifacetados da velhice, este estudo buscou investigar algumas peculiaridades do envelhecimento, especialmente relacionadas aos idosos que apresentam alguma fragilidade. Conforme Araújo, Paul e Martins (2010), “a dependência não

é um fenómeno novo, sempre existiram pessoas dependentes, contudo, atualmente, é um problema complexo com implicações sociais, económicas e políticas" (p. 46).

A dependência da pessoa idosa pode ser abordada por diferentes categorias, no entanto há duas principais: a primeira, centrada no modelo biomédico e a outra, que vem ganhando simpatia em estudos brasileiros e que é fundamentada da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde, aborda a funcionalidade da pessoa, ou seja, um modelo baseado em como a pessoa se comporta para relacionar-se consigo, com o outro e com o meio que pertence. Essas avaliações, segundo Freitas e Miranda (2006), tentam mensurar como a pessoa idosa executa as Atividades de Vida Diária (AVDs) e estão divididas em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), aquelas que se relacionam com o autocuidado, ou seja, "são as atividades fundamentais para a manutenção da independência: capacidade para alimentar-se, ter continência, locomover-se, tomar banho, vestir-se e usar o banheiro" (p.904) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) que são aquelas que se relacionam com o meio em que vive, geralmente são tarefas que exigem um pouco mais de elaboração e planejamento, como "arrumar a casa, telefonar, controlar e tomar os remédios, controle financeiro" (p.904), entre outras.

Ora, além do aumento da população idosa há o aumento dos longevos, ou seja, mais pessoas idosas vivendo maior tempo. "Em 2015, a estimativa da expectativa de vida ao nascer para as mulheres foi de 79,1 anos e para os homens de 71,9 anos" (IBGE, 2016, p.22).

Contudo, é possível verificar que as pessoas centenárias já estão mais visíveis na pirâmide etária. Os gráficos abaixo (**Figura 2)** demostram a evolução etária brasileira dos anos de 2000, 2018 e 2030, conforme os dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

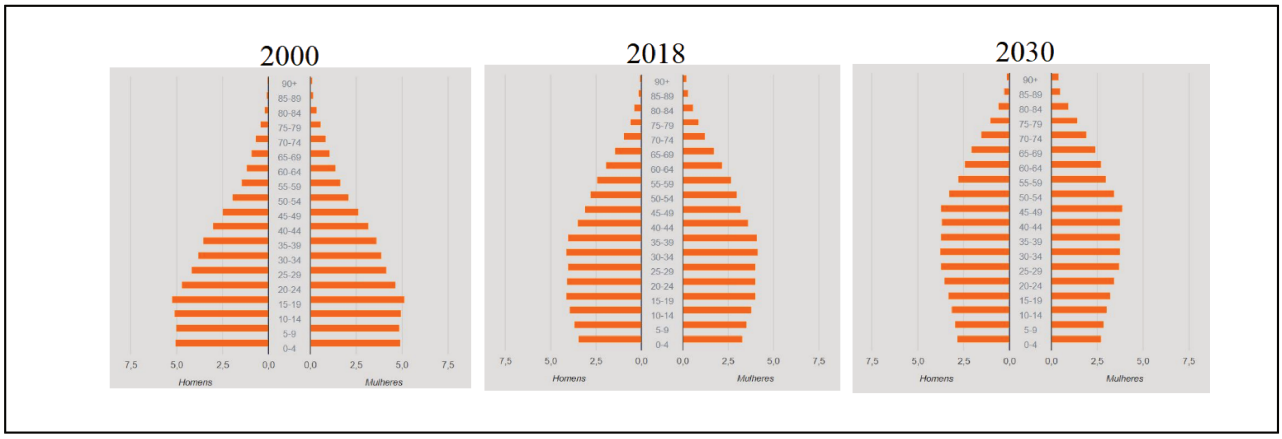


Figura 2 – Pirâmides etárias da população brasileira nos anos 2000, 2018 e 2030.
Fonte: IBGE (2018).

Essa nova configuração da demografia vem revelando que o tempo para o final da vida se estendeu. Para Both (2006) o termo longevidade deve ser entendido como "um tempo de vida de cada espécie, pode ensejar a compreensão de que ele está em transformação, e isso vem exigir novos referenciais para o desenvolvimento" (p.1449). O autor ainda destaca que "enquanto não sabemos ainda o que fazer da velhice sadia, já se desenha perturbável a realidade daqueles que avançam em idade, perdendo vínculos e acrescentando fragilidades nas funções que os tornavam até pouco independentes" (p.1449).

A dependência da pessoa idosa pode ser mensurada através da aplicação de escalas funcionais que são respondidas pela própria pessoa ou por alguém muito próxima a ela, na maioria das vezes, um cuidador. O resultado apontado na aplicação de uma escala para identificação da dependência irá demonstrar o grau dessa dependência, que poderá ser um grau leve, moderado, severo ou a total dependência da pessoa idosa para as ABVDs. Ao contrário da independência que é definida por Nunes (2012) como a "capacidade de realizar algo com os próprios meios" (p.10) e que possibilita a pessoa realizar o autocuidado. Já, o conceito de autonomia, segundo este autor, é definido como "capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras" (p.10). Esses dois conceitos associados, conferem ao sujeito a funcionalidade diante de si e da vida e também pode ser compreendido como bem-estar. (NUNES, 2012). Essa lógica converge com o conceito de saúde, definido no sub-item "d" das Finalidades da Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa, "o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica" (BRASIL, 2006).

Com o objetivo de definir padrões mínimos para funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos, a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – RDC/ANVISA Nº 283, de 26 de Setembro de 2005, no item 3.2, definiu que a dependência do idoso se revela quando há a necessidade de "auxilio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades da vida diária" (ANVISA, 2005), e propôs a classificação dessa dependência em três diferentes graus:

> a) Grau de Dependência I – idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda; b) Grau de Dependência II – idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; c) Grau de Dependência III – idosos com dependência que requeiram

> assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo (ANVISA, 2005).

A constatação do grau de dependência está relacionada diretamente à necessidade de planejamento dos cuidados prestados a essa pessoa, que historicamente são ofertados no ambiente domiciliar. Segundo Pedreira e Oliveira (2012), ao analisar o perfil do cuidador domiciliar através de estudos nacionais e internacionais, identificaram que o perfil do cuidador é "geralmente esposas e filhas, do sexo feminino, de idade avançada, e sem trabalho fixo" (p.731). As autoras destacam que o papel desempenhado pelo cuidador domiciliar está relacionado diretamente como as relações familiares já estabelecidas. Quanto mais houver proximidade dessas relações, mais possibilidade de apoio ao cuidador e, consequentemente à pessoa idosa. Contudo, quanto maior a fragilidade ou inexistência desse apoio e quanto maior for a dependência da pessoa idosa, maior será a probabilidade desse cuidador ficar sobrecarregado. Fernandes e Garcia (2009), apontam que o "ônus relacionado ao cuidador de idosos dependentes faz com que o cuidador familiar deva ser visto, também, como um cliente que merece ser enfocado criteriosamente" (p.58). Nesse sentido, é possível prever que, com o aumento da sobrecarga do cuidador as chances de a qualidade dos cuidados diminuírem é alta, podendo ocorrer as violações de direitos da pessoa cuidada. Pedreira e Oliveira (2012) indicam, validada por diversas pesquisas, que depois de instaurada a dependência na pessoa idosa, a dinâmica familiar "segue padrões semelhantes de alteração" (p.735) e sugerem que esses padrões sejam considerados na formulação de políticas públicas para essa população.

Considerando as especificidades da relação intrafamiliar e as necessidades de cuidados, em 2001 foi feito um estudo europeu denominado *New Kinds of Families, New Kinds of Social Care* e participaram da pesquisa cinco países: Finlândia, França, Itália, Reino Unido e Portugal. Nessa busca, objetivou-se a investigação da problemática e as possibilidades de alternativas mais efetivas de cuidados à pessoa idosa. O estudo apontou que quanto maior a vulnerabilidade social da família, menor o apoio nos cuidados da pessoa dependente; quanto mais a dependência da pessoa idosa, maiores serão as necessidades de cuidados; e propôs a urgência da "intervenção do Estado junto das famílias de baixos rendimentos" (JOSÉ; WAL, 2004, p.71) prestando cuidados a idosos com alguma dependência. Os autores do estudo discorreram sobre duas possibilidades de cuidado: familiar e misto. No cuidado familiar, o único cuidador identificado é um integrante familiar; já no cuidado misto estão presentes elementos externos dos cuidados informais, como vizinhos e amigos e dos cuidados formais, com a presença de Serviços Públicos e/ou Privados). O estudo

adotou a perspectiva de análise do *social care*, termo que conceitua o cuidado como "todo apoio [...] que pode ser prestado numa base informal (por pessoas pagas ou não pagas) ou numa base formal (por serviços públicos ou por serviços privados com ou sem fins lucrativos)" (JOSÉ; WAL, 2004, p.66).

Com a participação efetiva de algum serviço na prestação de cuidados, Feuerwerker (2001) chamou essa modalidade de cadeia de cuidados e apontou que a criação desse sistema exige o diálogo e a compreensão do olhar que cada serviço deve ter sobre os cuidados a serem prestados. Contudo, surgem algumas questões que requerem de um maior aprofundamento dadas as condições aqui referenciadas, quem vai cuidar do idoso dependente se este não conta com uma rede de apoio familiar ou comunitária? A dependência individual e a vulnerabilidade social exigem a organização de uma rede de cuidados formais mais consistente e efetiva. Como essa rede de proteção tem se manifestado no cotidiano? Quais estratégias podem ser identificadas para a manutenção ou recuperação da independência em idosos institucionalizados?

Siqueira, Botelho e Coelho (2002), ao analisar 19 obras sobre a velhice, apresentaram algumas considerações teóricas e conceituais sobre o tema e as dividiu em quatro categorias de análise: *biológico/comportamentalista, economicista, socioculturalista e transdisciplinar.* Na categoria *biológico/comportamentalista*, por exemplo, descrevem dois aspectos: primeiro sobre a proeza dos avanços tecnológicos na redução dos sintomas da senilidade e o prolongamento da existência humana e o segundo a mudança do comportamento sexual feminino, impactando na diminuição da taxa de natalidade que tem modificado o panorama demográfico e na presença cada vez maior no mercado de trabalho.

Este, afetando a disponibilidade do cuidado por parte da mulher como era o esperado em décadas anteriores. Chamada de insuficiência familiar ou comunitária é um elemento social que foi agregado às grandes síndromes geriátricas[7] como fator de risco e vulnerabilidade às pessoas idosas. Tornando-se o ponto nevrálgico para a fragilidade dos cuidados, pois a família nuclear e patriarcal tem se reconfigurado no Estado-Sociedade Contemporâneo, fragilizando a rede que outrora se encarregava da oferta de cuidados.

> Na realidade, a família é o primeiro refúgio em que o indivíduo ameaçado se protege durante os períodos de enfraquecimento do Estado. Mas assim que as instituições políticas lhe oferecem garantias suficientes, ele se esquiva da opressão da família e os laços de sangue se afrouxam (DUBY, 1953, apud ARIÉS, 1981, p. 213).

7 Considera-se, inicialmente, síndrome geriátrica a incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incontinência esfincteriana; depois a iatrogenia (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Sobre o aspecto *economicista*, Siqueira, Botelho e Coelho (2002) discorrem sobre o papel desempenhado pela pessoa idosa no sistema econômico e a transição do *status* de produtivo para improdutivo, sendo que um forte marcador desta passagem é a aposentadoria. A aposentadoria reconfigura financeiramente a pessoa idosa e lhe confere a identidade de 'aposentado'. A aposentadoria também representa o aumento das despesas aos cofres públicos corroborando a ênfase de que o aposentado é improdutivo, gera ônus ao erário, portanto é um problema econômico.

Na ênfase *sociocultural*, as autoras discorreram sobre a crítica que esta terceira categoria faz às duas primeiras no sentido de que elas são insuficientes para "explicar a totalidade dos fatos que emergem da velhice como categoria analítica" (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002, p. 904). Portanto, a velhice deve ser compreendida como uma construção social. É possível observar que nessa construção, outros elementos se aproximam do tema, como a linguagem, que através de debates sobre o significado, promove novas concepções e transformações de diferentes termos para denominar a pessoa idosa: velhos, anciãos, terceira idade e, para cada um deles, significados distintos, permitindo a transição de termos pejorativos para outros que conferem *status* de sujeito e cidadão, como mencionado anteriormente.

Por fim, a última categoria as autoras chamam de *transdisciplinar* e fundamenta-se na compreensão que a velhice deveria ser percebida como "fenômeno natural e social que se desenrola sobre o ser humano, único, indivisível, que na sua totalidade existencial, defronta-se com problemas e limitações de ordem biológica, econômica e sociocultural que singularizam seu processo de envelhecimento" (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002, p. 904).

Vale destacar que o próprio envelhecimento vai se metamorfoseando a cada década que passa, pois, é possível identificar na literatura que o que ocorria há 40 anos, por exemplo, não é o mesmo que ocorre nos dias atuais, basta constatar o aumento da expectativa de vida. Essas transformações não ocorrem apenas com o envelhecimento, mas com as estruturas do próprio Estado-Sociedade e, consequentemente, a relação entre eles.

Com o aumento da longevidade, a doença crônica é outro campo de intervenção que desafia a ciência, tecnologia e inovação, por isso, talvez seja obsoleto conjugar a vida humana em nascer, crescer, desenvolver-se, produzir, consumir, reproduzir-se e morrer. A velhice, como uma categoria da vida, não é sinônimo de doença, mas, sem dúvida, o declínio da funcionalidade é progressivo e age limitando as capacidades físicas e cognitivas do ser

humano, estendendo o tempo que necessitará de algum tipo de cuidado.

1.2. A construção social da proteção às pessoas idosas

Um dos primeiros indícios da visibilidade política do tema envelhecimento remonta ao ano de 1978, quando a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), através da Resolução nº 33/52, de 14 de dezembro de 1978, convocou a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que ocorreria no ano de 1982 (ONU, 1978). Um dos produtos das discussões da Assembleia foi a apresentação do Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento. Esse é um dos marcos históricos que inaugurou outras tantas ações sobre o envelhecimento populacional mundial. O apelo à convocação da Primeira Assembleia fundamentou-se no fato de que o mundo estaria "no centro de uma transição do processo demográfico única e irreversível que irá resultar em populações mais velhas em todos os lugares" (ONU, 2018). As projeções da época vão sendo validadas pela realidade cotidiana, e novas projeções têm sido feitas considerando o aumento e o envelhecimento populacional.

Seguindo a tendência mundial, em 1994 foi promulgada, no Brasil, a Lei 8.842, que trata da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), essa conquista também reuniu esforços de algumas entidades civis como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Conferência dos Bispos do Brasil (CNBB), Associação Nacional de Gerontologia (ANG) e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Segundo Windhoff-Héritier (1987 apud FREY, 2000) "somente a convicção de que um problema social precisa ser dominado política e administrativamente, o transforma em um problema de *policy*" (p. 227). Frey destaca a importância em compreender as dimensões e os processos da formulação das políticas públicas para que a análise dela seja fundamentada considerando o contexto e a diversidade de elementos que o envolve. Para o autor, o conceito de *policy* está relacionado à materialidade da política pública, em como ela se configura "aos problemas técnicos e ao conteúdo das decisões políticas" (FREY, 2000, p.217).

Serafim e Dias (2012), em uma revisão da literatura sobre a análise de política pública destacam que "os atores são aqueles que participam da conformação da agenda, conforme a sua relação com o problema" (p.129) podendo ser representantes do Poder Público, de Organizações da Sociedade Civil, expectadores e o próprio beneficiário.

Entretanto, acrescentam que, para ser um formador de agenda efetivo é necessário exercer influências entre os demais atores através de seu "modelo cognitivo" (p.129).

Conforme Paz e Goldman (2006), "a aprovação do Estatuto do Idoso se constitui num avanço sócio jurídico de alta relevância na defesa dos direitos da população idosa" (p.1402). A conquista do Estatuto do Idoso além de contribuir para elaboração e implantação de novas políticas públicas, fortalece a aplicabilidade dos direitos já existentes. O Estatuto também permite maior visibilidade dos atores envolvidos com a temática do envelhecimento, pois, além da pessoa idosa, a família, a comunidade, os profissionais de serviços públicos ou privados e o próprio Estado aparecem em cena como corresponsáveis pela garantia de direitos dessa população. Vale ressaltar que o Estatuto do Idoso foi conquistado com muita articulação política entre as pessoas idosas, os movimentos sociais, organizações não-governamentais, profissionais e representantes do legislativo. (PAZ; GOLDMAN, 2006, p.1405).

Há uma questão delicada sobre o desenvolvimento ideológico de proteção aos idosos, pois historicamente, concomitantemente ao desenvolvimento industrial, o empenho protetivo foi destinado à infância e a juventude, considerando que, pelo viés natural, crianças saudáveis são patrimônios de força de trabalho e manutenção do sistema econômico (PAPALÉO-NETTO, 2016). Ao contrário, na lógica produtivista, o que se pode esperar de uma pessoa idosa?

Há pouco tempo, a necessidade do cuidado ganhou a esfera de prestação de serviço, contudo, a possibilidade de contratação de um serviço de cuidado não é disponível para todas as classes sociais, pois nem todas possuem os recursos financeiros para tal. Na ideologia capitalista, a mercadoria (e os serviços de cuidados se tornaram mercadorias) tem valores reais e simbólicos e essa variação de valores interfere diretamente na liberdade de escolha do indivíduo, impactando na sensação da dignidade humana diretamente ligada à sensação de liberdade; sendo que a "liberdade envolve fazer escolhas dentre várias opções e nossa cultura societal não somente provê essas opções, mas também as dota de significado para nós" (Kymlicka, 1995, p. 83, apud CAMPOS, 2016). Essa (in)dignidade pode ser observada na falta de recursos da pessoa idosa para escolher sua cuidadora e da cuidadora, que se submete a condições imprevisíveis enquanto trabalhadora.[8] A feminização do cuidado é algo amplamente observável e constatado em diversos estudos, independentemente da localização geográfica.

8 Uso o termo no feminino para designar que quem se dedica aos cuidados do outro é predominantemente a mulher.

Debert (2014) fez um estudo etnográfico sobre a prática de cuidados às pessoas idosas na Itália e o comparou com outro estudo feito na França, por outra autora[9]. Nessa comparação foi possível identificar as incoerências existentes na contemporaneidade considerando toda a polêmica que envolve os imigrantes na Europa, na aceitação e repulsa sobre o trânsito de imigrantes de países menos desenvolvidos para os países ricos. A autora discorre que são as imigrantes que se dispõem como trabalhadoras do *care* e essa junção de necessidades promove o encontro de duas categorias 'desprezadas' socialmente: a pessoa imigrante e a pessoa idosa.

Contudo, "O aumento da longevidade acompanhado do decréscimo das taxas de natalidade coloca de imediato a questão de saber qual força de trabalho poderá se ocupar dos programas sociais voltados para a velhice" (DEBERT, 2014, p. 36). Talvez esse seja um deslocamento importante para aprofundamento da análise do cuidado; o que outrora era exclusivo do âmbito familiar, extrapola o privado, ganha contornos públicos, insere-se na divisão social do trabalho e modificam-se as reais motivações para o cuidado, ou seja, da obrigação familiar passa a ser uma oportunidade de trabalho.

No Brasil, a profissão de cuidadores de idosos não é regulamentada e desde 2012 a pauta está em disputa no Legislativo, problematizada por outras categorias profissionais, especialmente pelos profissionais da Enfermagem. Um dos embates é a perda de campo de trabalho por estes profissionais, caso a profissão de cuidadores de idosos seja regulamentada. O Projeto de Lei 4702/2012 que tem três outros projetos apensados a ele, "Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador da pessoa idosa e dá outras providências" (BRASIL, 2012). Assim, mais uma face que envolve o envelhecimento ganha a esfera pública. Nos comentários das comissões que já analisaram o projeto, destaca-se os interesses em garantir direitos dos trabalhadores, a indicação de que apenas os maiores de 18 anos estejam aptos ao cargo, a capacitação adequada sobre os cuidados dessa faixa etária, a segurança dos idosos no recebimento desses serviços e a disponibilidade social para que a profissão não seja um luxo para poucos. O último despacho recebido foi em 05/07/2016 e aguarda a criação de Comissão temporária para continuidade.

Conforme Bobbio (1987), a constituição jurídica do Estado possibilita que as relações sociais tenham um ordenamento, sendo assim, é possível verificar que um ordenamento jurídico que envolve temas relacionados aos mais velhos vai se estabelecendo cada vez mais.

E, considerando que a velhice receberá de braços abertos os que cruzarão os 60

9 Pasquale Molinier.

anos, outra perspectiva é mobilizar amplamente o debate sobre o fenômeno nas demais idades. Nas crianças, com o incentivo à convivência intergeracional para diminuir a distância emocional entre elas e os idosos. Nos jovens, como possibilidade de contato com a diferença de cultura e saber. Com os adultos na perspectiva de que os papéis sociais são passageiros. Segundo Beauvoir (1990), quando o outro não tem proximidade afetiva com alguma pessoa idosa, pode ocorrer a repulsa e o desprezo.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, assinada pelo Brasil e com amplitude global, menciona a velhice como categoria vulnerável (Art. 25, Item 1). No Artigo 122 do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento é mencionado o apoio à pesquisa sobre o envelhecimento: "É preciso promover e desenvolver uma pesquisa integral, diversificada e especializada sobre o envelhecimento em todos os países, particularmente nos países em desenvolvimento" (ONU, 2003).

Em 1988 a República Federativa do Brasil assumiu no Artigo 193 da Constituição Federal que a "ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais". Ainda na Constituição Federal, na Seção IV que trata da Ordem Social é destacada a proteção à velhice, "independentemente de contribuição à seguridade social" (BRASIL, 1988).

Para garantir algumas seguranças, é possível observar alguns avanços nas políticas sociais. No Brasil, a Lei Orgânica da Assistência Social, prevê o Benefício de Prestação Continuada (BPC) que é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com mais de 65 anos ou à pessoa com alguma deficiência de qualquer idade que não comprove o autossustento, tampouco seja possível a comprovação do sustento pela sua família (BRASIL, 1993).

Outro exemplo é a ampliação de critérios, programas e serviços oferecidos pela Política de Assistência Social. Outrora, essa política previa apenas a institucionalização como forma de proteção à pessoa idosa, atualmente, novas modalidades de promoção do cuidado foram implementadas através a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais[10]. Neste documento é possível identificar que a pessoa idosa é contemplada nas duas proteções: básica e especial. Na primeira, em que ainda há vínculos familiares e comunitários que possam ser considerados como fatores de proteção à pessoa idosa, portanto um espaço onde a violação de direitos, por ainda não ter se instalado, pode ser prevenida. A proteção especial é dividida em duas categorias, média e alta. Na proteção média há indícios ou confirmações de violência e

10 Resolução n. 109, de 11/11/2009, do Conselho Nacional de Assistência Social, que aprovou a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistencias.

fragilidade de vínculos familiares e comunitários. Nesses casos, a oferta da política pública é estimular a ressignificação dos vínculos para o rompimento da violência. A proteção social especial de alta complexidade é aquela em que o critério para atendimento é a constatação da ruptura de qualquer vínculo familiar ou comunitário e com a caracterização da pessoa ser vítima de violência. Desse modo, a divisão de proteções baseia-se nas diferentes realidades de risco e vulnerabilidade social para oferecimento de estratégias específicas de enfrentamento e proteção, considerando que a convivência familiar e territorial pode ser fator de proteção ou risco. Portanto,

> A natureza do acolhimento deverá ser provisória e, excepcionalmente, de longa permanência quando esgotadas todas as possibilidades de autossustento e convívio com os familiares. É previsto para idosos (as) que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos (MDS, 2013, p.45).

Este é um exemplo de como as políticas públicas vão se conformando com as novas configurações sociais, especialmente a partir dos debates sobre elas, provocados pela sociedade civil e as diferentes demandas sociais emergentes. Portanto, ao debater sobre o envelhecimento é imprescindível incluir toda a pluralidade que o tema carrega consigo.

Vale ressaltar que a faixa etária que corresponde à velhice é a maior das demais, podendo ultrapassar 40 anos, ou seja, confere à categoria de idosos várias gerações diferentes, com diversidades de valores e costumes.

> Sendo virtudes primeiras das atividades humanas, a verdade e a justiça são indisponíveis. […] Cada pessoa possui uma inviolabilidade fundada na justiça que nem mesmo o bem estar da sociedade como um todo pode violar. […] eles [princípios da justiça social] fornecem um modo de atribuir direitos e deveres nas instituições básicas da sociedade e definem a distribuição apropriada dos benefícios e encargos da cooperação social (RAWLS, 2002, p.3-4).

Recentemente sancionada no Brasil, a Lei Federal nº 13.466, de 13/07/17, com apenas quatro Artigos, modifica três Artigos do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º/10/03). Na alteração é possível perceber que o mérito dela está em estabelecer “prioridade especial das pessoas maiores de 80 anos” como consta no primeiro Artigo. Em uma primeira análise, podemos compreender que essa Lei dará visibilidade a diferentes categorias de idosos, considerando dois pontos importantes: o primeiro, de ordem demográfica, como já mencionado anteriormente, com base no aumento do número de brasileiros com idade superior à expectativa de vida, facilmente observável na pirâmide etária atual e nas projeções para as próximas décadas. Essa visualização evidencia a existência das pessoas octogenárias,

nonagenárias e centenárias. O segundo ponto se dá pela intersecção de categorias diversas: fisiológica, social, cultural e econômica que confere à velhice uma pluralidade.

Assim, os formuladores indiretos da política pública contribuem com o conhecimento e os formuladores diretos podem ir aprimorando-se na compreensão do fenômeno e, consequentemente, no aprimoramento das políticas públicas e na eficácia dos impactos esperados por ela.

Camarano (2006) aponta três dimensões a serem consideradas para os estudos da população idosa: "arranjos familiares, saúde e mortalidade e rendimentos" (p.88). Considerando que houve a diminuição da taxa de fecundidade e que as famílias reduziram o número de filhos, a insuficiência familiar, aliada ao perfil socioeconômico da pessoa idosa, compõe o calcanhar de Aquiles para manutenção da proteção a essa população, especialmente àquelas que apresentam algum declínio funcional.

Segundo Ciosak et al. (2011), "é no domicílio que a família se desenvolve física, emocional, mental e espiritualmente; é onde se estabelecem as relações interpessoais, permeadas por crises e conflitos" (p.1766). Esses conflitos podem se traduzir ou potenciar situações de violações de direitos ou violências contra a pessoa idosa, especialmente considerando as características encontradas nessa população.

Considerando o aumento da população idosa e da expectativa de vida, é possível observar a evolução histórica de ações governamentais direcionadas a ela, especialmente aos desdobramentos que esse fenômeno vem apresentando, inclusive a identificação e a visibilidade da violência na relação com essa população.

> Seguindo a perspectiva do ciclo de política, o passo seguinte à entrada do problema na agenda governamental é a formulação da política, ou seja, o momento no qual, dentro do governo, se formulam soluções e alternativas para o problema, podendo ser entendido como o momento de diálogo entre intenções e ações (BAPTISTA; REZENDE, 2015, p. 237).

Segundo o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa,

> A violência contra idosos é um fenômeno de notificação recente no mundo e no Brasil. Pela primeira vez, em 1975, os abusos foram descritos em revistas científicas britânicas como espancamentos de avós (Baker, 1975). No Brasil, a questão começou a ganhar visibilidade a partir de 1990, bem depois que a preocupação com a qualidade de vida dos idosos entrou na agenda da saúde pública brasileira. Por isso, ainda que as informações quantitativas e circunstanciais se avolumem a partir de agora, por causa da obrigatoriedade da notificação de maus-tratos prevista a partir

> do Estatuto do Idoso (Lei N º 10.741, de 1º/10/2003), o que se poderá comprovar é que a magnitude de tal fenômeno é muito mais extensa do que se poderia prever. E se crescerem muito os dados estatísticos, ainda assim, a sociedade terá que se perguntar se aumentou a violência ou se melhorou o processo de notificação (BRASIL, 2005, p.13).

O levantamento sobre as causas de morte na população idosa mostrou que no ano de 2000, 2,8% das referidas mortes foram provocadas por violência e acidentes, "ocupando o sexto lugar, depois das doenças do sistema circulatório, das neoplasias, das enfermidades respiratórias, das digestivas e das endócrinas" (BRASIL, 2005, p.13).

O Boletim de 2008 sobre o monitoramento dos Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa (CIAPVI), relata que a Secretaria Especial de Direitos Humanos, da Presidência da República, apresentou como estratégia de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa, a implantação de 20 CIAPVIs, vinculados a organizações governamentais e não governamentais. No município de Campinas o CIAPVI foi implantado em 2008 com repasse de R$100.000,00 do Governo Federal. Conforme o Boletim, em 2008 Campinas atendeu 117 casos, sendo 37 casos com inclusão na rede e resultados satisfatórios, 46 casos resolvidos; 22 casos foram reincidências e foram efetuados 105 encaminhamentos para outras abordagens (BRASIL, 2008). Com esses dados, é possível inferir que o atendimento à população idosa requer o conhecimento interdisciplinar e intersetorial considerando a complexidade das demandas e a necessidade de abordagens diferenciadas e complementares.

Vale ressaltar que o CIAPVI foi implantado junto ao Centro de Referência do Idoso (CRI) que foi instituído no município de Campinas em 2005, devido à grande demanda de atendimento à pessoa idosa, identificada pela Secretaria Municipal de Assistência Social, concomitante à promulgação do Estatuto do Idoso e as exigências que ele provocou para a visibilidade e proteção deste segmento populacional.

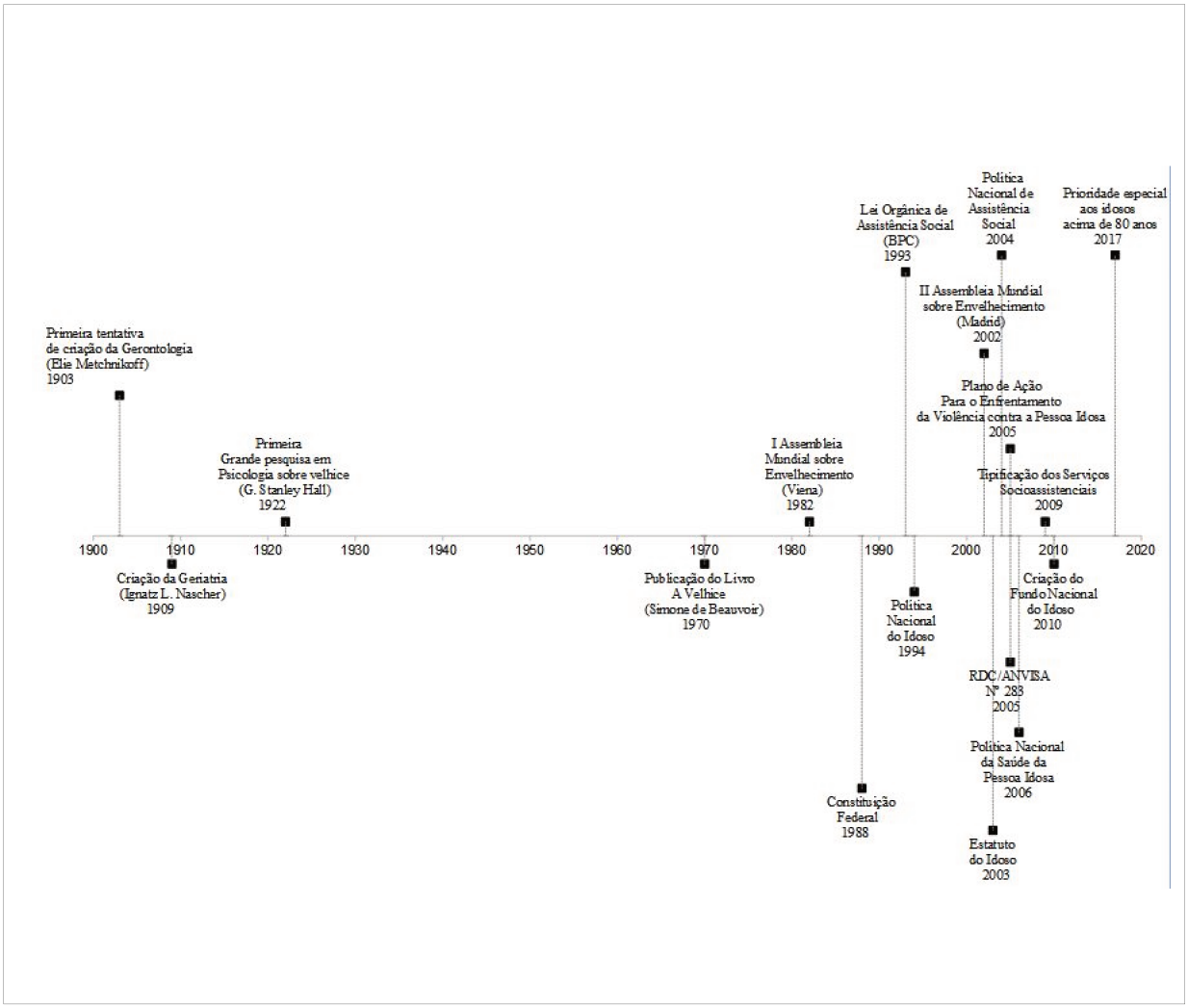
Ressalta-se também que em 2005 iniciou-se a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), previsto pela Lei Orgânica de Assistência Social (BRASIL, 1993). Interessante destacar esse percurso histórico da criação de agendas e suas modificações e recriações provocadas por identificação de novas demandas. Considerando também que, a Constituição Federal do Brasil, legitimou a participação popular na construção da agenda política, o que já acontecia nos espaços dos movimentos sociais.

Segundo Gohn (2003),

> alguns movimentos transformaram-se em redes de atores sociais organizados, ou fundiram-se como ONGs, ou rearticularam-se com as novas formas de associativismo que surgiram nos anos 90, […] as novas formas institucionalizadas de participação social presentes nos inúmeros conselhos, especialmente os Conselhos Municipais (p.8).

Observa-se, no **Quadro 1**, a linha história de algumas manifestações importantes sobre a evidência do tema envelhecimento e a aglutinação de ações políticas brasileiras, especialmente na primeira década do século XXI.

Quadro 1 – Linha história de algumas políticas sobre o envelhecimento.



Fonte: Elaboração própria.

Kingdon (2007) defende que há momentos em que a convergência de interesses sobre determinado tema existe, o que ele denomina de "janelas de oportunidade", possibilitando a formação de políticas públicas ou mudanças nas políticas existentes. Baptista

e Rezende (2015) acrescentam que “uma janela de oportunidade apresenta um conjunto de condições favoráveis a alterações na agenda governamental e de decisão e a entrada de novos temas nestas agendas” (p. 234).

Para Kingdon (2007) o termo “janela aberta” expressa o momento que um determinado assunto (problema e/ou solução) encontra a visibilidade política necessária para ser incluído como prioridade na agenda de decisões. As janelas podem ser abertas pelo surgimento de um problema, que exige solução (janela de problema) ou pelo favorecimento da dinâmica política (janela política). Segundo o autor, essas janelas são breves e escassas, e por isso funcionam como um “imã”, exercendo o poder de atração que conecta os três elementos que compõem a dinâmica da Política Pública: o problema, a proposta e a política.

Como mencionado no capítulo anterior, o aumento da quantidade de pessoas idosas, no início do século passado, exerceu uma “pressão passiva” que evidenciou “o problema” mundialmente. Entretanto, apenas na segunda metade daquele século, através da convocação da ONU para a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (1982), as convergências de interesse se tornaram mais consistentes, politicamente.

Concomitantemente ao processo de redemocratização do Brasil, a organização da sociedade através de coletivos de luta (compostos pela participação popular e de instituições como a OAB, SBGG, Sindicatos, CNBB, entre outras) foram essenciais para pressionar o Estado para o reconhecimento dos direitos. Esses direitos reivindicados, posteriormente, foram garantidos com a promulgação da Constituição Federal (1988) possibilitando a abertura de caminhos para que outras políticas sociais entrassem na agenda governamental através de outras Leis e Normativas.

Como apresentado no **Quadro 1**, há uma constância na implementação de políticas públicas a partir de 1990, evidenciando um aglomerado delas na primeira década do século XXI. Com destaque à Política Nacional do Idoso (1994) e ao Estatuto do Idoso (2003) que reorganizaram a condição da pessoa idosa, conferindo-lhe o *status* de sujeito de direitos, bem como a Política Nacional de Assistência Social (2004) que confere proteção, através de programas, benefícios e serviços, sem a necessidade de contribuição.

1.3. O envelhecimento demográfico

Embora seja possível homogeneizar a população mundial em alguns recortes estatísticos, como a quantidade de pessoas, a divisão por faixa etária e o sexo biológico, definitivamente, um mundo populoso está longe de ser homogêneo.

Um estudo publicado pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2017) mostra que o aumento da população mundial vem ocorrendo de forma exponencial, chegando a ultrapassar os 7,5 bilhões de habitantes previstos para o ano de 2017 e podendo ultrapassar os 9,5 bilhões em 2050, como mostra a **Tabela 1**, a seguir (Publicado pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da Organização das Nações Unidas (2017).

Tabela 1 - Projeções da população mundial por regiões: 2017, 2030, 2050 e 2100.

Region	*Population (millions)*			
	2017	*2030*	*2050*	*2100*
World	7 550	8 551	9 772	11 184
Africa	1 256	1 704	2 528	4 468
Asia	4 504	4 947	5 257	4 780
Europe	742	739	716	653
Latin America and the Caribbean	646	718	780	712
Northern America	361	395	435	499
Oceania	41	48	57	72

Source: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision*. New York: United Nations.

Fonte: ONU (2017).

A quantidade de seres humanos amplia a diversidade, as culturas, os interesses, os desejos e as necessidades, e vai permitindo arranjos de um cenário que se modifica a velocidades surpreendentes.

Como então, compreender um mundo desenhado por fronteiras que ora são frágeis e ora são suficientemente fortes para marcar desigualdades, domínios e submissões? Como pautar a necessidade de cuidados, que é algo tão primitivo, em um Estado-Sociedade com valores ambivalentes, ambíguos e perecíveis?

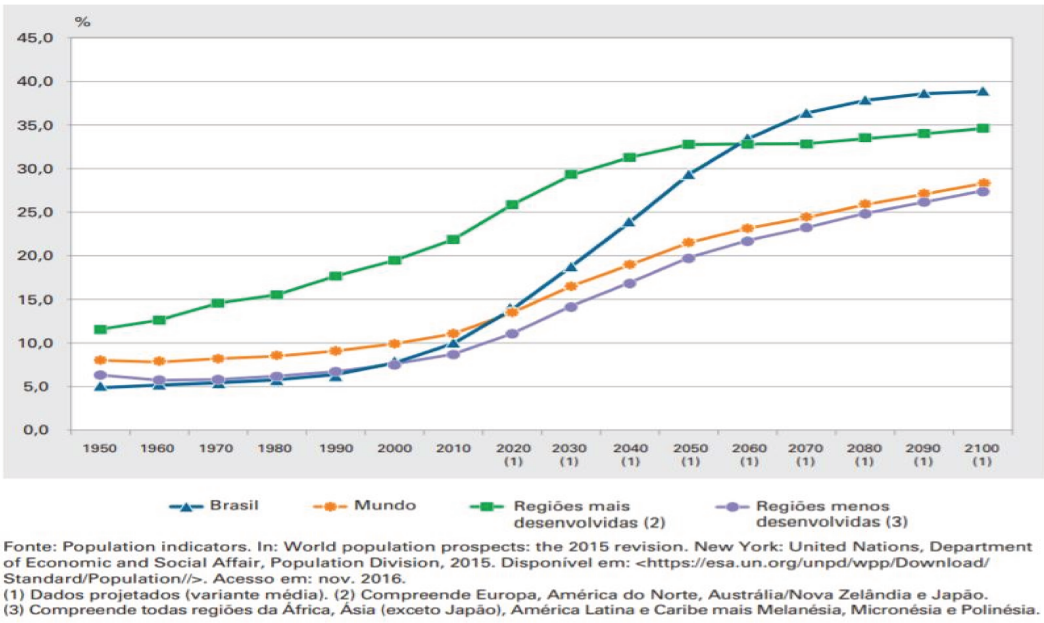
Uma premissa que auxilia na reflexão provocada por essas perguntas é reconhecer que o Estado-Sociedade Contemporâneo não obedece à lógica da simplicidade e linearidade e que são inerentes a ele a constituição de interesses antagônicos e contraditórios.

Se antigamente o envelhecimento era conquistado apenas pela população dos países desenvolvidos, com o passar do tempo, percebe-se que esse processo também ocorre com a população de regiões menos desenvolvidas.

Ainda, é possível ver a trajetória e as diferenciações das curvas dos países mais desenvolvidos, menos desenvolvidos e do Brasil (IBGE, 2016, p.15).

O **Gráfico 1** foi elaborado considerando o período de 150 anos (1950 a 2100) e apresenta a evolução do envelhecimento no mundo, considerando os índices e as projeções.

Gráfico 1 – Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade na população total do Mundo (1950 – 2050).



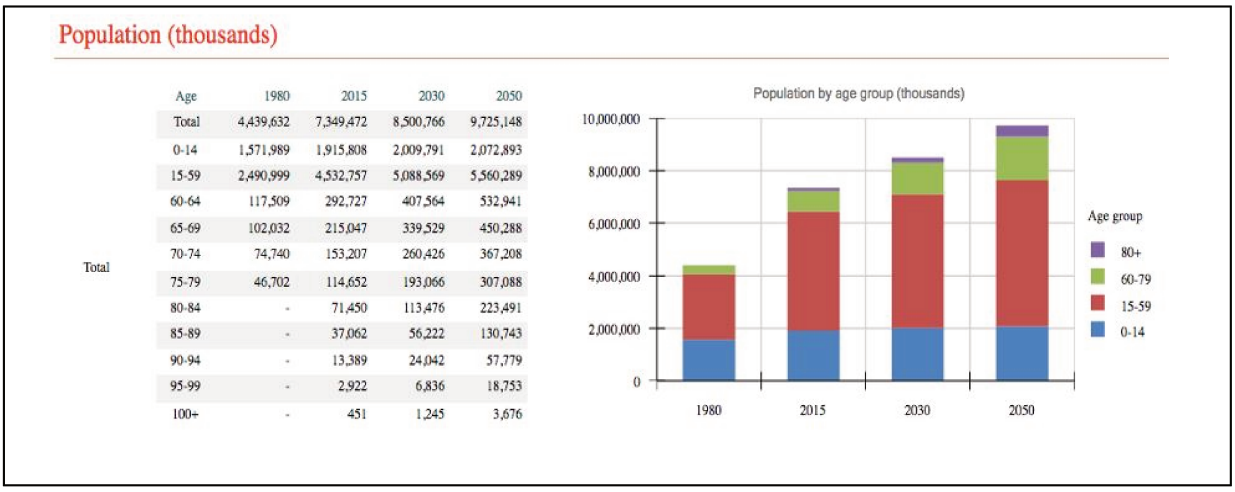
Fonte: Population indicators. In: World population prospects: the 2015 revision. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affair, Population Division, 2015. Disponível em: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population//>. Acesso em: nov. 2016.
(1) Dados projetados (variante média). (2) Compreende Europa, América do Norte, Austrália/Nova Zelândia e Japão.
(3) Compreende todas regiões da África, Ásia (exceto Japão), América Latina e Caribe mais Melanésia, Micronésia e Polinésia.

Fonte: IBGE (2016).

Em outros estudos realizados pela Organização Mundial da Saúde (2015) foi apontado que em 2020 haverá, no globo terrestre, mais pessoas com 60 anos ou mais do que crianças de até 5 anos. Seguindo as projeções demográficas, estima-se que em 2050 o número de pessoas idosas chegará a 2 bilhões e 80% dessas pessoas viverão nos países de baixa e média renda.

Na representação do **Gráfico 2**, observa-se que a quantidade das pessoas que ultrapassam a expectativa de vida também aumenta e que não são tão raros os centenários.

Gráfico 2 - Perfil etário do envelhecimento populacional, segundo estudos da Organização Mundial da Saúde (2015).



Population (thousands)

Total

Age	1980	2015	2030	2050
Total	4,439,632	7,349,472	8,500,766	9,725,148
0-14	1,571,989	1,915,808	2,009,791	2,072,893
15-59	2,490,999	4,532,757	5,088,569	5,560,289
60-64	117,509	292,727	407,564	532,941
65-69	102,032	215,047	339,529	450,288
70-74	74,740	153,207	260,426	367,208
75-79	46,702	114,652	193,066	307,088
80-84	-	71,450	113,476	223,491
85-89	-	37,062	56,222	130,743
90-94	-	13,389	24,042	57,779
95-99	-	2,922	6,836	18,753
100+	-	451	1,245	3,676

Fonte: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015).

Os dados e as projeções sobre o aumento demográfico do envelhecimento servem como alertas às novas necessidades: objetivas, subjetivas e simbólicas; individuais e coletivas, e desafia diferentes atores na construção de propostas a curto, médio e longo prazo, considerando demandas que necessitam de proteção imediata e aquelas cuja natureza requer ser planejadas e inseridas para mudanças de costumes e hábitos.

Um exemplo simples é a adaptação arquitetônica para garantir a acessibilidade de pessoas com alguma fragilidade ou deficiência. Essa diretriz para inclusão de pessoas deficientes é muito valiosa para todos, pois torna a acessibilidade disponível a qualquer pessoa, ao usuário da cadeira de rodas, ao condutor do carrinho de bebê, aqueles cuja marcha já está fragilizada pelo avanço da idade ou que o condicionamento físico inviabiliza o uso de escadas. Outro exemplo de adaptação arquitetônica é a inclusão de barras de apoio nos banheiros para o banho e uso de vasos sanitários e a substituição de torneiras e fechaduras que permitam apenas comandos simples para abrir e fechar. Além de promover maior segurança às pessoas frágeis, essas adaptações, quer no ambiente doméstico, coletivo ou público, potencializam a independência e autonomia.

Conforme dados da Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2016), a proporção da população idosa no Brasil passou de 9,8% em 2005, para 14,3% em 2015. Esse percentual se difere nas diferentes regiões brasileiras; sendo que na Região Norte (Roraima e Amapá) o índice extremo chegou a 8% e na Região Sul (Rio Grande do Sul) o índice atingiu 17,8%.

Estudo feito em parceria da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IBGE) demonstra que em

2030 o número de pessoas com mais de 60 anos ultrapassará o número de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, evidenciando o fenômeno denominado “bônus demográfico” (ALVES; VASCONCELOS, CARVALHO, 2010; IBGE, 2015). O bônus demográfico se estabelece quando a população produtiva atinge o maior número, em detrimento da improdutiva, ou seja, quando as pessoas entre 15 e 69 anos, consideradas economicamente ativas, serão a maioria. Contudo, na crise contemporânea do capital, o que seria uma vantagem econômica revela uma face perversa: o aumento do número de desempregados em escala mundial. “Se prevé que los niveles y tasas de desempleo mundial se mantengan elevados a corto plazo, pues la mano de obra mundial sigue creciendo” (OIT, 2017, p. 1).

O cenário contemporâneo e as projeções demográficas evidenciam que a necessidade da oferta de cuidados aumentará proporcionalmente ao aumento do declínio funcional típico da velhice e da insuficiência familiar. Estima-se que, no Brasil, em 2060 a cada 100 idosos, 63,2 serão dependentes economicamente e isto significa três vezes mais o que ocorreu em 2015 (IBGE, 2015). Em um estudo feito para identificar os gastos com os idosos no Sistema Único de Saúde (SUS), foi constatado que no período de 10 anos, essa população correspondeu a 27,85% das internações (SILVEIRA et al., 2013). Contudo, a oferta de cuidados não é exclusiva da política de saúde, considerando que o envelhecimento tem aspectos multifacetados e exigem interface de diferentes políticas públicas.

A combinação do envelhecimento populacional e a diminuição do número de integrantes das famílias são elementos que trazem impactos em vários setores da sociedade contemporânea. Se por um lado há uma oportunidade de mercado para o investimento na oferta de serviços a essa população, por outro há uma parcela de idosos que acessa serviços mínimos de cuidado. Verificar como estes serviços são ofertados permitirá rever e contribuir com políticas públicas que garantam cuidados mínimos a esta parcela da população que apresenta dependência e não conta com uma rede social e familiar de cuidado.

Com vasto repertório científico, produzidos por diversas disciplinas, as causas do atual cenário do envelhecimento populacional são reconhecidas por um conjunto de fatores, fundamentados especialmente no avanço das ciências médicas, que possibilitaram o controle e cura de algumas doenças, prolongando o tempo da vida humana, e a disseminação de alguns métodos contraceptivos, especialmente o anticoncepcional, que proporcionaram maior controle sobre a reprodução da vida e conferiu à mulher a oportunidade de manejo sobre sua sexualidade.

Inicialmente, esses dois fatores, o científico e o cultural significaram profundas conquistas que reconfiguraram vários comportamentos. Destaca-se a redução da taxa de fecundidade total (TFT), pois, no Brasil, o número de filhos em 2004 era de 2,14 por mulher e em 2014, diminuiu para 1,74 (IBGE, 2015). Isto significa que esse último índice não repõe a população, pois, para a Demografia, o índice de reposição é de 2,1 (IBGE, 2015). Essa alteração na taxa de natalidade redefine os traços da pirâmide etária, que se justificava pela base sustentada pelo maior número de nascimentos e agora está metamorfoseando-se para outras figuras.

1.4. Cuidado: substantivo feminino

Diário de campo – 05 de Junho de 2018.

Enquanto aguardava a pessoa que eu entrevistaria, em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, vi uma senhora andando pelo corredor, com auxílio de um andador, até uma sala que estava identificada como sendo a Enfermagem. Ela bateu à porta e logo foi atendida. Depois dos cumprimentos de praxe, a idosa esticou uma das mãos para a funcionária e eu pensei "Ué, ela vai dar algum medicamento para a funcionária? Não deveria ser o contrário?" Qual não foi minha surpresa ao ver que o que ela oferecia, na verdade, era um par de brincos e, como num ritual matinal e cheio de cumplicidade, a funcionária vestiu as duas orelhas da idosa com algo que me lembraram pérolas graúdas. Em seguida a idosa comunicou com um sorriso "Eu comprei um vestido!". Elas ainda dialogaram um pouco, em seguida se despediram e ela retornou pelo mesmo corredor.

O cuidado é reconhecido como um termo polissêmico e é apropriado pelas mais diversas áreas do saber e do fazer. Ele pode ser oferecido em espaços privados, públicos; em ações anônimas ou publicizadas, individuais, coletivas ou compartilhadas; e podem demonstrar atitudes motivadas pelo altruísmo, pela obrigação ou pelo interesse em receber algo em troca, seja afetivamente ou materialmente[11]. Embora o mérito da motivação possa ser discutido, o cuidado apresentado neste estudo o considera como um direito, e pode ser encontrado como uma prestação de serviço, oferecido pela política pública de Assistência Social em ILPIs.

Segundo Faleiros (2013) "O cuidado pressupõe uma relação complexa entre profissionais, família, público e contexto institucional em condições diversas e mesmo

11 Viviana Zelizer apresenta um Artigo em que discorre sobre a economia do *care*; para ela "as relações de *care* incluem qualquer tipo de atenção pessoal, constante e/ou intensa, que visa melhorar o bem-estar daquela ou daquele que é seu objeto" (ZELIZER, 2016).

adversas na dinâmica do poder" (p.84). Diferente do cuidado informal, onde a relação se estabelece no âmbito privado, e pode ser prestada por um familiar ou um amigo, o cuidado formal tem outras exigências. Para Hedler et al. (2016), "O cuidado formal é exercido por profissional e pessoal especializado, de acordo com um protocolo e um Código de Ética" (p.144). Esse cuidado, tipificado como cuidado formal, requer para seu oferecimento uma formalidade que pode ser expressa na efetivação de contratos. No caso das ILPIs há contratos estabelecidos entre ela e a pessoa idosa, entre ela e seus funcionários e entre ela e Órgãos Públicos.

Conforme o Artigo 50 do Estatuto do Idoso,

> Constituem obrigações das entidades de atendimento: I – Celebrar contrato escrito de prestação de serviço com o idoso, especificando o tipo de atendimento, as obrigações da entidade e prestações decorrentes do contrato com os respectivos preços, se for o caso (BRASIL, 2003).

A Resolução nº 9, de 15 de Abril de 2014, do Conselho Nacional de Assistência Social, estabeleceu "as ocupações e as áreas de ocupações profissionais de ensino médio e fundamental do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, em consonância com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOB-RH/SUAS" (BRASIL, 2014) e regimentou no Artigo 2º o "trabalho social desempenhado no SUAS deve pautar-se pelos princípios éticos estabelecidos na NOB-RH/SUAS e na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS 2012" (BRASIL, 2014). No Artigo 4º da mesma Resolução, estabelece a exigência da escolaridade do ensino médio para Cuidador Social, designando 17 funções, sendo que a primeira delas propõe "desenvolver atividades de cuidados básicos essenciais para a vida diária e instrumentais de autonomia e participação social dos usuários, a partir de diferentes formas e metodologias, contemplando as dimensões individuais e coletivas" (BRASIL, 2014).

No contexto do Estado democrático e de direitos, o cuidado se revela na garantia de proteções para assegurar condições dignas à vida, contrapondo-se ao assistencialismo ou à caridade que conferiam à prática de cuidados um tom moralista (FALEIROS, 2013). É bom destacar que a Assistência Social foi incorporada como direito na Constituição Federal de 1988 e equiparada à Saúde e Previdência Social como Seguridade Social. Isso conferiu a ela *status* de política pública, afiançada pelo Estado e tem proporcionado o entendimento de que necessidades humanas e sociais, que historicamente eram tratadas apenas no âmbito individual, devem ser pautadas na agenda pública (MDS, 2009).

A relação de cuidado, formal ou informal, prestado à pessoa idosa pode garantir cobertura de necessidades, mas também pode ser um facilitador para que o cuidador aproveite, em benefício próprio, da situação de vulnerabilidade da pessoa que necessita do cuidado e a exponha a situações de humilhação. Para exortar a gravidade desse crime e dar visibilidade que a pessoa idosa pode estar duplamente exposta a riscos, o parágrafo 2º do Estatuto do Idoso (2003) prevê que "a pena será aumentada de 1/3 (um terço) se a vítima se encontrar sob os cuidados ou responsabilidade do agente" (BRASIL, 2003).

1.5. Um lugar para cuidar: ação profissional

As Instituições de Longa Permanência para Idosos vêm ganhando visibilidade social como resposta às demandas de cuidados às pessoas idosas. Se antigamente os espaços destinados para receber essas pessoas assumiam o nome de *asilos* e para cumprir a função de *asilar* localizavam-se distantes do convívio social, hoje apresentam-se de forma diferente ao ser incluídos na agenda pública governamental. Segundo Silva e Yasbeck (2014), é possível perceber que a partir da Constituição Federal de 1988 essa pauta tem provocado mais visibilidade às preocupações com o processo de envelhecimento, especialmente pelo reconhecimento, conforme o Art. 30 que é "dever da família, da sociedade e do Estado de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar social e garantindo-lhes o direito à vida" (BRASIL, 1988).

De acordo com Silva e Yasbeck (2014), foi um avanço o deslocamento e a ampliação dos cuidados que antes eram prestados em instituições confessionais e hoje foram incluídos também na esfera Estatal. Pois, enquanto dever do Estado, é possível "garantir proteção social como direito de cidadania, principalmente àqueles idosos que não detinham os meios necessários para se auto sustentarem e nem à sua família" (p.107). Por outro lado, se antes esses espaços eram administrados por instituições de caridade que se dedicavam a receber aqueles que ninguém queria e pouco se mostravam à sociedade, hoje também é possível ver a apropriação desses espaços pelo setor privado, especialmente na veiculação de propagandas, oferecendo-se como prestadores de serviços e, não raro, com pessoas idosas servindo de modelo para essas propagandas, demonstrando estar felizes e seguras.

Assim como os termos sobre envelhecimento, velhice e pessoa idosa trazem significados socialmente construídos, como apresentado anteriormente, o termo *asilo* ficou

muito empobrecido para contemplar o conceito de que são espaços de moradia e proteção, portanto, de direito, que hoje está estabelecido. O termo ILPI é uma tentativa de romper com os significados de depósitos, atribuídos aos asilos, para se aproximar do termo *Long-Term Care Institution* utilizado pela Organização Mundial da Saúde e para ampliar o entendimento de que, ao propor atendimento integral às pessoas idosas, incluir-se-á a observância dos cuidados com a saúde (CAMARANO; BARBOSA, 2016). Há algumas definições sobre os que são ILPIs e a primeira delas foi cunhada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Essa Organização tem um importante papel na constituição do conhecimento científico sobre o tema envelhecimento no Brasil e favoreceu debates em pautas contundentes da agenda das políticas públicas brasileiras. A SBGG – Seção São Paulo, foi responsável pela organização do Manual de Funcionamento das ILPIs e, segundo o manual,

> As ILPIs são estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público-alvo são as pessoas de 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Essas Instituições, conhecidas por denominações diversas – abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica, ancionato – devem proporcionar serviços nas áreas social, médica, de psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, em outras áreas, conforme as necessidades desse público etário (SBGG, 2004, n.p).

Nessa definição, identifica-se o critério cronológico estabelecido pela faixa etária, que se converge com os marcos internacionais de proteção à velhice e o critério da insuficiência familiar como marcador do perfil para inclusão na ILPI, porém deixa disponível o atendimento para pessoas dependentes e independentes. Sobre os conceitos de dependência e independência, foram apresentadas algumas noções anteriormente.

A segunda definição escolhida para ser apresentada neste trabalho é proposta pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que é uma autarquia, criada pela Lei nº 9.782, de 26 de Janeiro de 1999. Segundo o Art. 6º da referida Lei, a finalidade institucional da ANVISA é "promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados […] (BRASIL,1999).

Segundo o item 2.6 da RDC/ANVISA N º 283,

> Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) – instituições governamentais ou não governamentais, 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 e dignidade e cidadania (ANVISA, 2005).

Já a definição do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a conceitua como um serviço de:

> Atendimento em unidade institucional com característica domiciliar que acolhe idosos com diferentes necessidades e graus de dependência. Deve assegurar a convivência com familiares, amigos e pessoas de referência de forma contínua, bem como o acesso às atividades culturais, educativas, lúdicas e de lazer na comunidade. A capacidade de atendimento das unidades deve seguir as normas da Vigilância Sanitária, devendo ser assegurado o atendimento de qualidade, personalizado, com até quatro idosos por quarto (MDS, 2014, p.46).

É interessante destacar que esses conceitos trazem elementos específicos, considerando as características de cada Órgão; a SBGG ligada à produção de conhecimentos científicos sobre Geriatria e Gerontologia; a ANVISA representando as políticas de Saúde e o MDS as políticas de Assistência Social. As definições desses diferentes Órgãos convergem na perspectiva de que as ILPIs são espaços substitutos aos domicílios, destinados para pessoas idosas, ou seja, para as pessoas que têm 60 anos ou mais, com objetivo de atendimento e proteção.

Considerando todas as argumentações dos tópicos anteriores que abordaram as fragilidades típicas da velhice e considerando que esse é o público que se destinam as ILPIs, Camarano e Barbosa (2016) discorrem que é comum associá-las a espaços onde são ofertados cuidados à saúde. Entretanto, esses cuidados em saúde não deveriam ser exclusivos ou preponderantes, como destacam as mesmas autoras "são domicílios coletivos que oferecem cuidados e *algum*[12] tipo de serviço de saúde" (CAMARANO; BARBOSA, 2016, p. 484).

O Estatuto do Idoso classifica a ILPI como uma entidade de atendimento ao idoso. Segundo o Artigo 37 do Estatuto do Idoso, a moradia digna é um direito da pessoa idosa e no parágrafo primeiro do mesmo Artigo retrata que "a assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família" (BRASIL, 2013). E no item 5 do Artigo 45, define o "abrigo em entidade" como uma medida específica de proteção à pessoa idosa.

Esses elementos corroboram com a ideia de que as ILPIs são instituições híbridas, ou seja, mesclam necessidades de ofertas de diferentes cuidados, como habitação, assistência social, saúde; ora são consideradas instituições, ora denominadas de lares ou residências.

---

12 Grifo nosso.

PARTE II

A(S) APLICABILIDADE(S) DO CONHECIMENTO

Diário de campo – 08 de Novembro de 2018.

A manhã era chuvosa e o caminho até lá foi muito agradável, pois enquanto eu ia fazendo as curvas também pensava sobre o tempo da existência humana. O aplicativo de trânsito não me forneceu a localização correta e por isso tive que entrar em uma fábrica, que estava com a porta aberta. Subi uma escada enorme e ao topo, um galpão bem grande. Encontrei uma trabalhadora e lhe perguntei se ela conhecia o Lar de Idosos. Em algumas comunicações eu evitei usar o termo ILPI, pois nem todos estão familiarizados com ele. Ela prontamente tentou me ensinar como chagaria lá, mas, deve ter percebido minha falta de percepção espacial e me acompanhou até a rua para eu poder visualizar melhor as suas orientações. Cheguei à ILPI e fiquei um tanto impressionada com o tamanho do terreno em que ela está construída. Na frente, uma placa grande com o nome institucional. Toquei o interfone e logo entrei no espaço, também com escadarias. Enquanto aguardava a Assistente Social, notei na área externa uma placa grande, possível de vê-la da rua, que mostrava o valor do repasse público para o funcionamento anual do serviço. A Assistente Social logo me recebeu e me conduziu a uma sala de reuniões, em seguida chegou a psicóloga que também participou da entrevista. Assim que terminamos a gravação, ela me pediu para ouvir o áudio. Em seguida, me convidou para conhecer as instalações. As duas me conduziram pelos espaços comuns e pelas duas alas de dormitórios e sala de TV (masculina e feminina). As acomodações são simples, com banheiros coletivos pelos corredores. Não senti nenhum odor que demonstrasse higienização inadequada. Muitos funcionários circulavam pelo espaço. Havia muitas cadeiras de rodas em uma espécie de estacionamento e as funcionárias que me conduziam me relataram que a maioria é dependentes para locomoção. Por isso, enquanto ficam acomodados nos sofás, as cadeiras ficam naquele espaço. Enquanto passava pelos idosos, a Assistente Social ia me apresentando a eles e, no último quarto que passamos, fez questão que eu entrasse e conhecesse uma idosa de mais de noventa anos que ainda faz crochê. A idosa pediu a ela para me mostrar uma peça pronta, que estava guardada em uma das gavetas. Linha branca e pontos bem delicados! Habilidades manuais e cognitivas bem preservada, pois aqueles pontos exigem concentração e destreza matemática. Era bem próximo ao horário do almoço, e ao passar pelo refeitório, percebi que já havia pratos feitos sobre as mesas, com caneca e uma fruta. Perguntei como os idosos se serviam e a resposta foi que, devido a baixa mobilidade e a grande quantidade de residentes, a equipe se organiza dessa forma para otimizar o tempo e o trabalho. Próximo ao refeitório também pude ver uma horta e, segundo elas, os residentes que têm condições e desejo podem ter contato com a terra e o cultivo, porém, são poucos. Na sala de TV masculina, um dos idosos engatou uma conversa comigo e precisei encerrá-la para prosseguirmos o tour. "Alguns idosos são bons de papo", concordamos entre nós! Fiquei pensando o quanto é importante propor conversas a essas pessoas que, por estarem mais limitadas as saídas, restringem seus diálogos. Mesmo que haja profissionais para os cuidados do dia a dia, há que considerar as necessidades de socialização entre eles. As profissionais relataram que devido à chuva e o tempinho frio, eles estavam mais reservados às salas e quartos, mas que costumam ocupar as varandas e demais espaços. Uma visita de alguns minutos é apenas um recorte de uma dinâmica complexa de convivência. Em todos os momentos da visita, me senti bastante acolhida pelas duas funcionárias, que fizeram questão de me dizer que era bem-vinda e que se sentiam bem ao saber do meu tema de pesquisa.

2. A PESQUISA

Segundo Eco (2008), para elaborar uma pesquisa científica é preciso reconhecer e definir o objeto da pesquisa. Neste sentido, há que considerar que a multiplicidade das variáveis que compõem o tema proposto apresenta desafios para o delineamento da pesquisa, esbarrando nos limites do que é coletivo e do que é individual; do que contempla aspectos sociais, mas não só, e do que apresenta os aspectos subjetivos. Ora, desenvolver uma

pesquisa, cujo tema aborda a velhice exige-se compreendê-la não só com uma fase da vida, mas especialmente por seus aspectos plurais, no que tange à biologia, ao psiquismo, à posição social e às relações estabelecidas por diferentes pessoas. Embora a concepção da integralidade de atendimento da pessoa idosa seja premissa nas políticas públicas, o tratamento a essa integralidade ainda é um desafio potencializado pela especificidade do cuidado, e este só é possível quando é estabelecido na relação com outra pessoa, quer seja um familiar ou um profissional.

2.1. Descrição do campo de pesquisa e da metodologia

A exigência da definição do objeto de estudo possibilitou um exercício de reflexão crítica que permitiu dar visibilidade a um fio condutor da questão inicial do estudo que foi problematizar como se estabelece a proteção às pessoas idosas que apresentam condições de fragilidades pessoais e sociais. Sendo a proteção manifestada em diferentes formas e contextos, a escolha pelas Instituições de Longa Permanência para Idosos se deu por considerá-las, historicamente, um dos espaços alternativos ou substitutivos da vivência familiar quando esta não cumpre seu papel protetivo, por razões diversas. Atualmente, as ILPIs que compõem a Proteção Social de Alta Complexidade da Política de Assistência Social são consideradas espaços de acolhimento e proteção às pessoas idosas com alguma dependência e com rede familiar frágil ou inexistente, conforme define a Tipificação dos Serviços Socioassistenciais (MDS, 2013).

Definido que a população ou o universo da pesquisa seria constituído pelas ILPIs vinculadas à Assistência Social[13], iniciou-se outro processo de delineamento do campo, pois houve a necessidade de uma segunda caracterização, considerando que existem ILPIs de natureza privada, filantrópica, pública e as que mesclam naturezas diferentes. As de natureza privada são aquelas que exigem do usuário ou do responsável o pagamento para o oferecimento da moradia e prestação do serviço; as filantrópicas são aquelas onde o pagamento não é condição fundamental para o acolhimento do usuário e as públicas são as que se mantém através de financiamento governamental. Porém, cabe destacar que, para garantir a execução dos serviços oferecidos pela Política de Assistência Social, muitas vezes, o Estado faz parcerias com Organizações da Sociedade Civil e repassa a elas o dinheiro público para o funcionamento. Recentemente, o termo Organização da Sociedade Civil, ou OSCs está substituindo o que outrora designava-se Organização Não Governamental,

13 As ILPIs da Assistência Social serão identificadas, neste trabalho, por ILPIs-AS.

conhecido também como ONG. Em publicação oficial, as OSCs foram definidas da seguinte forma:

> As organizações da sociedade civil são entidades privadas sem fins lucrativos, ou seja, que desenvolvem ações de interesse público e não têm o lucro como objetivo. Tais organizações atuam na promoção e defesa de direitos e em atividades nas áreas de direitos humanos, saúde, educação, cultura, ciência e tecnologia, desenvolvimento agrário, assistência social, moradia, entre outras (BRASIL, 2016).

Para que as instituições possam ser contratadas pelo Poder Público, devem atender algumas exigências legais, buscando evidenciar o caráter de idoneidade de seus dirigentes. No caso das ILPIs, tanto as governamentais e não governamentais devem inscrever seus programas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Conselho Municipal de Assistência Social e Conselho Municipal da Pessoa Idosa, conforme consta no parágrafo único do Artigo 48 do Estatuto do Idoso. Para este estudo, optou-se pelas instituições de natureza de prestação de serviço público, ou seja, aquelas cujo serviço não exige pagamento direto do usuário, mas que é financiada por recursos públicos, portanto, podem ser governamentais ou não governamentais.

Segundo Camarano e Barbosa (2016), em estudo realizado nos anos de 2006 e 2007 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) que incluiu a investigação da natureza jurídica das ILPIs, apontou que “apenas 6,6% das instituições brasileiras são públicas ou mistas, predominando as municipais” (p.486), que correspondeu a 218 Instituições, no período da pesquisa referida. Porém, com a implantação do Sistema Único de Assistência Social, a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais e a necessidade de credenciamento e submissão a monitoramentos feitos pela gestão pública dessa Política, novos números têm sido apresentados. Em 2014, 1.451 ILPIs responderam ao Censo/SUAS (CAMARANO; BARBOSA, 2016). Esses números, cada vez mais fidedignos, podem ser observados graças às exigências de preenchimentos de relatórios mensais e anuais que fortalecem o sistema de transparência da administração pública e que são condicionados para a utilização do financiamento público. Segundo Vaitsman (2009), a consolidação da proteção social, que se estabelece através de uma rede de serviços e programas, deve compor a agenda de gestão social por meio de um sistema de avaliação e monitoramento nacional e, para tanto, alimentar-se da produção de informações e análises qualificadas.

Para a caracterização da amostra da pesquisa, ora apresentada, foi escolhido um recorte político geográfico identificado como Região Metropolitana de Campinas (RMC) e esta escolha se deu pelo critério de conveniência, pela familiaridade e proximidade da

moradia e local de trabalho da pesquisadora. A RMC foi instituída em 2000, pela Lei Complementar Estadual nº 870, de 19 de Junho de 2000 e é composta por 20 municípios: Americana, Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Engenheiro Coelho, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Jaguariúna, Monte Mor, Morungaba, Nova Odessa, Paulínia, Pedreira, Santa Bárbara d'Oeste, Santo Antônio de Posse, Sumaré, Valinhos e Vinhedo. A constituição da RMC está demonstrada na **Figura 3**, a seguir.

Figura 3 - Mapa da Região Metropolitana de Campinas.
Fonte: EMPLASA (2018).

Segundo dados de 2017, obtidos pelo Portal da Fundação SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados), a Região Metropolitana de Campinas possui o terceiro índice de envelhecimento[14] (73,70%), comparado as 6 regiões metropolitanas do Estado de São Paulo, ficando atrás de Região Metropolitana de Ribeirão Preto (77,74%) e Região Metropolitana da Baixada Santista (76%). Contudo, a RMC é a segunda em quantidade de pessoas idosas, pois os 13,53% da população total equivale a 417.912 pessoas com mais de 60 anos, ficando atrás apenas da Região Metropolitana de São Paulo (SEADE, 2018).

14 Segundo a definição da Fundação SEADE (2018), o índice de envelhecimento é calculado a partir do número de pessoas com idade a partir de 60 anos e o número de pessoas com menos de 15 anos, em um determinado lugar e num determinado período. O índice representa o estágio da transição demográfica, quanto mais alto for o índice, mais adiantado o estágio da transição demográfica.

A fórmula utilizada para o cálculo em % é:

$$\frac{\text{Número de pessoas residentes de 60 anos ou mais de idade}}{\text{Número de pessoas residentes com menos de 15 anos de idade}} \times 100$$

Para a identificação das ILPIs da amostra, foi percorrido o caminho de busca *online* nos sites oficiais dos 20 municípios que compõem a RMC, e neles identificado os contatos telefônicos das Secretarias Municipais de Assistência Social e quando não foi possível, pela indisponibilidade de informação no site, recorreu-se ao número de telefone da administração municipal, com objetivo de encontrar um responsável que pudesse oferecer os dados necessários. Em seguida, foi feito o contato por *e-mail* e/ou telefone com os órgãos públicos para apresentação da pesquisa e solicitação do nome da ILPI que executa o serviço de acolhimento institucional, lembrando que essas instituições podem ser públicas ou cofinanciadas pela parceria entre o município e a Organização da Sociedade Civil (OSC). Alguns municípios ofereceram a resposta por e-mail, outros, quando não havia a oferta desse serviço no município, informaram pelo telefone e 3 deles solicitaram o protocolo de ofício com a apresentação do Projeto de Pesquisa.

De posse da identificação preliminar das instituições que integram a amostra, foi feito contato telefônico com cada uma delas para o reconhecimento do Coordenador ou Responsável Técnico para apresentação e convite para a pesquisa. Após o aceite verbal dos responsáveis pelas ILPIs, foi solicitado o e-mail de contato para o envio da Carta de Apresentação da Pesquisa[15], Carta de Autorização para a Pesquisa[16], Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)[17] e o Questionário para identificação da ILPI[18]. No *e-mail* também foram enviadas sugestões de datas para o agendamento da entrevista *in loco* com o Responsável ou Coordenador Técnico. Foi solicitado que o Questionário fosse preenchido e reenviado à pesquisadora antes da realização da entrevista para melhor qualificação da visita, mas nem todas as ILPIs-AS enviaram com antecedência. A entrevista foi gravada em áudio e transcrita e optou-se em oferecer a transcrição à entrevistada para dar a ela a oportunidade de algum ajuste na entrevista, com o objetivo de garantir a fidedignidade das informações.

O Projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNICAMP, e recebeu parecer favorável através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) Nº 84825318.0.0000.5404[19] e, posteriormente, o Nº 2.641.534.

15 Cf. Apêndice C.
16 Cf. Anexo 3.
17 Cf. Anexo 2.
18 Cf. Apêndice A.
19 Cf. Anexo 1.

2.2. A escolha do objeto de estudo e dos instrumentos

Para a identificação da população a ser estudada e dos instrumentos a serem utilizados foi necessário um exercício de compreensão da realidade vivida pelos profissionais das ILPIs-AS, pois se tratando de um serviço de cuidados em tempo integral e ininterruptos, ou seja, 24 horas por dia e 7 dias por semana, não se quis correr o risco da pesquisa prejudicar a dinâmica de trabalho e, consequentemente, haver prejuízos à proteção das pessoas idosas acolhidas.

Pelo critério de seletividade, optou-se em convidar o coordenador técnico da ILPI-AS para a pesquisa, considerando que ele é o responsável diante dos Órgãos Públicos e que o trabalho por ele realizado pode ser desenvolvido indiretamente aos idosos, ou seja, é possível desenvolver uma rotina de atenção à distância. Em outras palavras, a dedicação ao tempo para a entrevista ou preenchimento do questionário não afetaria negativamente o cronograma de trabalho. A escolha desse sujeito fundamenta-se na Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC/ANVISA Nº 283/2005 que trata sobre o Responsável Técnico das ILPIs (ANVISA, 2005) e nas Normas e Orientações Básicas de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB-RH SUAS) que estabelece a equipe de referência para as ILPIs (FERREIRA, 2011).

Foi descartada a pesquisa com os idosos para privilegiar a narrativa do profissional que faz a gestão da ILPI-AS na perspectiva do novo cenário que as instituições veem se inserindo, como *locus* de proteção, conforme preconiza a política de proteção à velhice. Seguindo a lógica de menor dano à rotina da instituição, optou-se em utilizar o questionário para identificação da Instituição e a entrevista semiestruturada para favorecer o diálogo com o profissional. Descartou-se a utilização de técnicas em grupo para não retirar mais que um profissional da rotina de trabalho, como justificado anteriormente.

Dessa forma, entende-se que o delineamento da pesquisa a caracterizou como um estudo exploratório de natureza qualitativa.

Segundo Minayo, (2016) a pesquisa qualitativa é uma metodologia cuja natureza possibilita o encontro de significados. Portanto, a pesquisa é caracterizada pela interação entre pessoas. Essa interação sistematizada é uma oportunidade de emergir benefícios ao entrevistador, ao entrevistado, bem como interferir no conhecimento sobre a realidade, “pois o ser humano se distingue não só por agir, mas também por pensar sobre o que faz e por

interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e compartilhada com seus semelhantes" (MINAYO, 2016, p.20).

A entrevista é um dos instrumentos que podem ser utilizados na pesquisa qualitativa, e é definida por Minayo (2016) "como forma privilegiada de interação social" (p. 60) que pode se desenvolver a dois ou em grupos. No caso de entrevista semiestruturada, segundo a autora, a técnica possibilita ao sujeito da pesquisa pronunciar-se sobre o tema sem aprisionar-se às questões. A escolha deste instrumento permite proximidade entre o pesquisador e o entrevistado, facilitando a inter-relação que é fundamental para o triunfo da pesquisa, pois "contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia a dia, as experiências e a linguagem do senso comum no ato da entrevista" (MINAYO, 2016, p.62). Foi construído um roteiro para a entrevista[20] com o objetivo de favorecer o diálogo entre o profissional responsável pela ILPI-AS e a pesquisadora, e assim possibilitar um relato sobre as características e a rotina institucional. A entrevista procurou dar oportunidade para o profissional falar da sua trajetória até o cargo que ocupa, como é feita a gestão dos serviços e como ele reconhece as relações estabelecidas dentro e fora da ILPI-AS. Buscou-se reconhecer, a partir das narrativas das coordenadoras, qual o perfil do público atendido e como são escolhidos os profissionais que prestam serviços nesses espaços, bem como algumas estratégias encontradas para os desafios que esse serviço é submetido.

Segundo Marconi e Lakatos (2001) o questionário possibilita a organização das informações pelos entrevistados e pode favorecer a análise dos dados coletados. O questionário foi elaborado para qualificar as ILPIs participantes da pesquisa. Ele contém 25 itens e foi estruturado em três partes: a primeira para identificar a Instituição, há quanto tempo presta o serviço de acolhimento institucional e qual sua missão, por exemplo. A segunda parte buscou-se caracterizar as pessoas idosas atendidas no que se refere as características do perfil e das relações com a rede de apoio. E a terceira parte foi identificar o perfil dos profissionais que trabalham nas Instituições.

2.3. A análise dos dados

Optou-se fazer a análise dos dados através da perspectiva qualitativa, utilizando o procedimento de análise de conteúdo proposto por Bardin (2016). Segundo este autor, a análise permite a elaboração de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo da comunicação, através da elaboração de categorias de análise identificadas nas falas dos

20 Cf. Apêndice B.

participantes e que vão responder ao objeto da pesquisa. Os procedimentos foram estabelecidos em fases, como “Pré-análise, Exploração do material e Tratamento dos resultados/Inferência/Interpretação” (GOMES, 2016, p.82).

Os passos elaborados para a metodologia foram seguidos rigorosamente, entretanto, considerando que os primeiros contatos para identificação das ILPIs-AS eram feitos com os Órgãos Municipais, as respostas desses contatos aconteciam em tempos diferentes, levando em conta a dinâmica de cada município. Sendo assim, a cada identificação da Instituição e a cada resposta afirmativa ao convite para participar da pesquisa, os documentos já eram enviados e feita a proposta de agendamento da entrevista.

A seguir, seguem a análise e discussão dos resultados desta pesquisa.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A pesquisa de campo foi realizada entre os meses de Abril e Novembro de 2018. Seguindo a metodologia apresentada anteriormente, foi feito contato telefônico com cada um dos 20 municípios; 3 deles exigiram que o pedido das informações fosse feito através de Ofício e os demais responderam por telefone e *e-mail*. Um dos municípios que exigiu o Ofício não respondeu. Um outro informou que havia Instituição financiada pela Prefeitura, mas pela Secretaria de Saúde e não pela Assistência Social; essa não foi considerada para a pesquisa. No total, foram identificadas 22 ILPIs-AS.

Na fase de contato com cada Instituição, observou-se algumas dificuldades de compreensão dos termos utilizados nas legislações vigentes o que levou a pesquisadora a adequar para uma melhor compreensão das informações requeridas pela pesquisa. Por exemplo, recorrer ao termo *asilo* e, mesmo assim, percebeu-se certa insegurança do profissional ao informar se era ou não executora de política da Assistência Social. Esse fato pode caracterizar duas situações: a primeira com viés histórico-cultural-linguistico, pois a existência de lugares para o funcionamento de *asilos* é secular, portanto, a nomenclatura, construída e utilizada por tanto tempo, ainda cumpre a função de comunicar que é um lugar onde *vivem os idosos desamparados*. E outro aspecto é o político, no que tange a compreensão de que, para além das obras de caridade, há a oferta de serviços enquanto direito social. Segundo Sposati (2009) “ter um modelo brasileiro de proteção social não significa que ele já exista ou esteja pronto, mas que é uma construção que exige muito esforço de mudanças” (p.17). A autora ainda afirma que a territorialidade influencia fortemente a concretização das políticas e é a partir dos sujeitos que ela se opera. Ou seja, são os sujeitos (forças vivas) que diante de seus próprios conhecimentos se aproximam ou são aproximados das diretrizes políticas e ressignificam (uns mais e outros menos) o que já lhes são familiares (SPOSATI, 2009).

Em um dos contatos telefônicos, o proprietário de uma instituição que havia sido identificada como executora da Política de Assistência Social relatou não receber nenhum repasse municipal e aproveitou para dizer que era integrante do Conselho Municipal do Idoso, que há uma pauta para o município ampliar o número de vagas em ILPIs-AS, mas que existem embates políticos que dificultam essa ampliação. Ele também informou que o referido

Conselho do Idoso possui o Fundo Municipal do Idoso[21], mas que a mobilização para as políticas públicas direcionadas aos idosos não é satisfatória. Para Secchi (2015) "a dinâmica política – assim como a dinâmica de construção das políticas públicas – varia substancialmente nos diferentes lugares em que ela se desenvolve" (p. 81).

Apenas em 1 (um) município foi identificada ILPI-AS 100% pública, considerada como rede direta de atendimento, ou seja, vinculada diretamente à Secretaria Municipal de Assistência Social, inclusive com funcionários servidores públicos. Porém, a responsável por essa Instituição não aceitou participar da pesquisa, justificando o deficit de funcionários que ocasiona acúmulo de suas funções, sobrecarga de trabalho e, consequentemente, não conseguiria dedicar o tempo necessário para o preenchimento do questionário e participação na entrevista.

As dificuldades no entendimento sobre o que é um serviço oferecido por uma política pública, especialmente a política social, se confunde com as práticas informais, assistencialistas e de caridade. Não raro, o funcionário rompe com seu papel profissional (público) e, através de relações pessoais que são estabelecidas, fazem encaminhamentos informais a Instituições apelando para a motivação emocional do dirigente ou proprietário. Nesses casos, a garantia de pagamento pela vaga não virá de recursos públicos, mas do recurso financeiro que a pessoa idosa possui, especialmente pela condição de aposentado ou do Benefício de Prestação Continuada (BPC)[22], do qual é beneficiária. Com isso, pode haver confusões de entendimento quanto à natureza de uma ILPI-AS em detrimento daquelas que ofertam atendimento às pessoas idosas, com cobrança de mensalidade abaixo do valor de mercado estabelecida pelas instituições privadas, conformando-se com recebimento do salário-mínimo, oriundo do BPC ou das aposentadorias. Esse é um indício de que o direito

21 O Fundo Nacional do Idoso foi instituído pela Lei Federal nº 12.213/2010 e "autoriza deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso" (BRASIL, 2010). Conforme seu Artigo 1º, o recurso desse Fundo é "destinado a financiar os programas e as ações relativas ao idoso com vistas em assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade" (BRASIL, 2010). Cada Fundo deverá ser gerenciado pelo respectivo Conselho, permitindo o estabelecimento dos critérios para utilização dos recursos e considerando a realidade e as necessidades locais. Também vale destacar que os Conselhos de Direitos são constituídos com a igualdade no número de membros do Poder Público e da Sociedade Civil.

22 O Benefício de Prestação Continuada, também conhecido como BPC/LOAS, está garantido no Artigo 20 da Lei Orgânica de Assistência Social (Lei 8.742/93, alterada pela Lei 12.425/2011), que refere que "O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família" e, no mesmo Artigo, § 5º "A condição de acolhimento em instituições de longa permanência não prejudica o direito do idoso ou da pessoa com deficiência ao benefício de prestação continuada".

ainda é confundido com práticas sociais ou de benemerência e, muitas vezes de má-fé. Pois, não raro, evidencia-se nas mídias denúncias de ILPIs clandestinas que promovem violência contra pessoa idosa ao colocar no seu quadro de RH profissionais desqualificados para a função ou submetê-los a ao trabalho precarizado com baixo salário e escalas de plantões exaustivas. Algumas violências também se revelam na alimentação inadequada e/ou higienização insuficiente, levando a desnutrição dos idosos e favorecimento de doenças.

O Caderno de violência contra pessoa idosa, publicação elaborada pela Coordenadoria e Desenvolvimento e Controle em Saúde do município de São Paulo (2007), tipifica a violência contra pessoa idosa em física, psicológica, sexual, abandono, financeira ou econômica, medicamentosa e a auto-negligência (quando a própria pessoa desenvolve comportamento com prejuízo da sua saúde e/ou segurança). Além dessas tipologias, é destacada a violência institucional ao afirmar que "Há práticas violentas exercidas por instituições públicas e privadas, cujo principal objetivo deveria ser a prestação de serviços aos cidadãos que delas necessitam e dependem, principalmente nas instituições de prestação de serviços de saúde, assistência e previdência" (p.59). E ainda detalha em 6 itens as situações de riscos para a violência institucional: "a) Profissionais sem formação profissional; b) Baixos salários; c) Sobrecarga de trabalho ou número insuficiente de profissionais; d) Escassez de recursos materiais; e) Normas de funcionamento inadequadas; f) Falta de controle e fiscalização" (p. 32).

O Caderno de Proteção Básica Nº 19, desenvolvido pelo Ministério da Saúde (2006) destaca que

> A violência contra idosos se manifesta nas formas: estrutural, que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas expressões da pobreza, da miséria e da discriminação; interpessoal que se refere nas relações cotidianas; e institucional, que se reflete na aplicação ou omissão da gestão das políticas sociais e pelas instituições de assistência (p. 44).

Outro ponto a se destacar, foi a diversidade encontrada nos diferentes contextos municipais. A Política de Assistência Social toma como base o critério populacional para classificar os municípios. Nos 20 municípios pesquisados, 3 deles são classificados como Pequeno Porte I (até 20.000 habitantes); 2 como Pequeno Porte II (de 20.001 a 50.000 habitantes), 6 são Médio Porte (50.001 a 100.00 habitantes), 8 são de Grande Porte (100.001 a 900.00 habitantes) e 1 Metrópole (mais de 900.000 habitantes). Nos municípios de Pequeno Porte I não foi identificada ILPIs-AS; nos de Pequeno Porte II há 1 ILPI-AS em cada um

deles; dos 5 de Médio Porte há ILPIs-AS em 3 deles; dos 8 de Grande Porte um não respondeu e em 2 deles não há ILPI-AS, e por fim, na metrópole há 7 ILPIs-AS.

Na **Tabela 2**, as informações foram organizadas considerando o número de habitantes, o índice de envelhecimento, a quantidade de população idosa e das ILPIs-AS. Como é possível observar, o índice de envelhecimento é variado entre os municípios, sendo que o menor índice é de 40,46% e concentra-se em um município de Pequeno Porte I (n=19.628 habitantes) e onde também é localizado a menor população de idosos, 8,16% (n≅ 1.601); nesse município não há ILPI-AS. O maior índice de envelhecimento é de 97,30% e pertence a um dos municípios de Grande Porte (229.283 habitantes) e, proporcionalmente aos demais municípios, é onde está localizada a maior concentração de idosos, 16,15% (n≅ 37.029); nesse município há 2 (duas) ILPI-AS que juntas oferecem 75 vagas para acolhimento institucional.

Tabela 2 – Relação do porte do município, número de habitantes, índice de envelhecimento e população idosa.

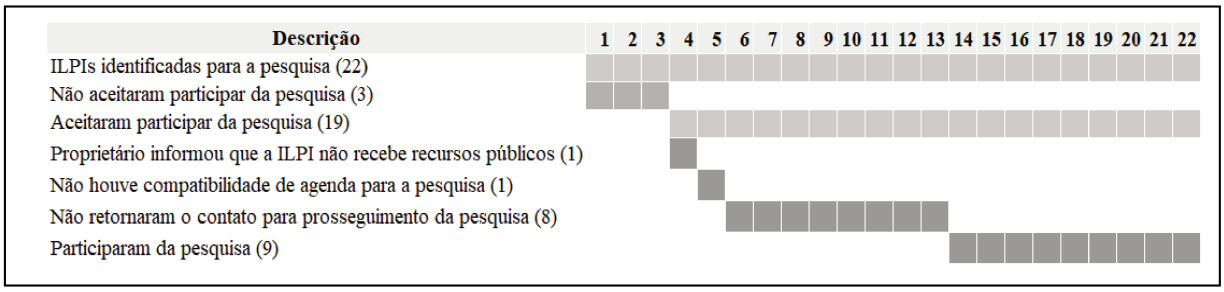
Município (habitantes)	Porte	ILPI – AS	Índice de Envelhecimento (%)	População com 60 anos e mais (%)
12.958	Pequeno I	0	71,20	13,93
13.901	Pequeno I	0	59,62	12,04
19.628	Pequeno I	0	40,46	8,76
22.424	Pequeno II	1	67,64	13,10
45.618	Pequeno II	1	81,02	14,32
51.092	Pequeno II	1	63,53	12,16
53.018	Médio	0	65,99	12,69
56.767	Médio	1	79,95	14,06
57.423	Médio	1	53,81	11,30
68.838	Médio	0	58,52	11,62
74.858	Médio	1	79,12	14,17
100.915	Grande	0	55,55	11,23
114.835	Grande	3	77,71	13,87
121.809	Grande	2	91,55	15,13
187.109	Grande	1	88,56	15,20
222.649	Grande	0	53,49	10,45
229.283	Grande	2	97,30	16,15
235.964	Grande	(?)*	71,77	13,10
275.147	Grande	1	56,73	11,38
1.158.944	Metrópole	7	87,59	15,46

* O município não respondeu ao Ofício com pedido de informação sobre a existência de ILPI – AS.
(Os dados sobre habitantes por município, Índice de envelhecimento e população idosa foram obtidos no Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo, da Fundação SEADE e são referentes às projeções do ano de 2018.

Fonte: Elaboração própria.

Todas as 22 (vinte e duas) ILPIs-AS identificadas foram convidadas para participar da pesquisa, entretanto, 3 (três) delas não aceitaram participar e 19 (dezenove) aceitaram o convite. Das ILPIs-AS que aceitaram participar, o dirigente de 1 (uma) delas relatou que não recebia repasse público municipal e por isso, não continuou sendo pesquisada, 8 (oito) delas não retornaram o contato com a pesquisadora para prosseguimento da pesquisa, em 1 (uma) não foi possível conciliar a agenda para a visita e 9 (nove) delas participaram, respondendo ao questionário e oferecendo a entrevista que foi feita *in loco*. Na tabela a seguir (**Tabela 3**), está demonstrada como foi a composição do universo da pesquisa.

Tabela 3 – Descrição da composição do universo da pesquisa.



Fonte: Elaboração própria.

A condução da coleta de dados seguiu orientada pela perspectiva da natureza qualitativa. Segundo Minayo (2016), a pesquisa qualitativa propõe uma lógica diferente quanto a escolha da quantidade dos sujeitos participantes. Para a autora, em certas pesquisas sociais nem é indicado o conceito de amostragem, pois o que se busca na pesquisa qualitativa "não é o sujeito em si, mas as suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes" (p.44). A autora também acrescenta que costuma-se utilizar inclusões progressivas dos sujeitos da pesquisa, sem preocupar-se em delimitar *a priori* o número de participantes. Contudo, aponta o critério de saturação para limitar a continuidade da pesquisa. A saturação é identificada quando "as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação" (p.44). Seguindo essa lógica, optou-se em considerar o critério de saturação, tendo em vista as regularidades nas respostas das 9 (nove) ILPIs-AS, bem como a limitação do tempo para o término da pesquisa.

Como descrito anteriormente, esta pesquisa utilizou-se de dois instrumentos, o questionário e a entrevista. O questionário, por conter perguntas fechadas, permitiu a apreciação de dados quantitativos referentes aos usuários e funcionários das ILPIs-AS. Para além dos dados quantitativos, foi possível identificar que cada Instituição tem suas

características próprias, algumas delas se assemelham entre si, mas algumas são peculiares, pois difere-se quanto ao público atendido, as características de identidade dos profissionais que coordenam a Instituição e as particularidades do território (município).

Os convidados foram coordenadores ou responsáveis técnicos pelas instituições. Todas elas mulheres, entre 24 e 56 anos e com tempo de ocupação na função entre 5 meses a 5 anos. Nível superior completo, sendo 1 (uma) em Fisioterapia, 4 (quatro) em Psicologia e 4 (quatro) em Serviço Social. Em 3 instituições, a profissional responsável pediu para que outra profissional também participasse da entrevista, justificando que a presença dessas profissionais poderiam complementar as informações, especialmente aquelas relacionadas aos idosos e seus familiares. As profissionais convidadas se inseriram no diálogo, agregaram informações e demonstraram muita proximidade com as histórias das pessoas atendidas. As entrevistadas serão identificadas através de nomes femininos (fictícios) e as ILPIs-AS através das siglas ILPI, seguida pela numeração cardinal.

As 9 (nove) entrevistas totalizaram 5 horas; a duração de cada uma delas variou ente 17 a 63 minutos e em 8 delas, antes ou após a gravação da entrevista, também estabeleceu-se um diálogo sobre a temática pesquisada, com troca de experiências das angústias e motivações profissionais entre as entrevistadas e a pesquisadora. No cotidiano da prática profissional o tempo se mostra insuficiente para reflexões mais aprofundadas sobre as necessidades e os desafios impostos por uma política pública. Muitas vezes, a execução das tarefas e resoluções de problemas absorvem todo o tempo do profissional e não possibilita que o seu conhecimento, adquirido pela prática, também seja direcionado ou reconhecido nas avaliações das políticas públicas. Atualmente, há vários instrumentais de coleta de dados para monitoramento do Sistema Único de Assistência Social, mas, salvo exceções, eles são apenas quantitativos para identificação do cumprimento ou não das metas financiadas.

Para Vaitsman (2009) avaliação, monitoramento e controle são estratégias para a gestão de políticas públicas. Enquanto a atividade do controle se detém nos aspectos legais dos atos públicos (auditoria e fiscalização), a avaliação e monitoramento buscam a qualidade da execução. Para ele o objetivo da avaliação é “melhorar a qualidade dos processos de implementação ou verificar seus resultados, dando também subsídios para o planejamento, a programação e a tomada de decisões futuras” (p.158). Já o monitoramento “consiste no acompanhamento do cotidiano, por parte dos gestores e gerentes, do desenvolvimento dos programas e das políticas em relação a seus objetivos e metas” (p. 160).

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. A transcrição das entrevistas é um dos passos da análise de conteúdo de Bardin (2016) que exige a preparação ou edição dos materiais para que seja feita a análise.

Por se tratar de temas tão sensíveis, foi possível relembrar as alterações no tom de voz e da emoção quando as entrevistadas narravam suas experiências. Algumas reduziam o som da voz quando falava das situações de negligências que os idosos se encontravam, antes da institucionalização. Outra, com alegria, relatou que havia um quarto destinado para o convívio de um casal de idosos que lá estavam. Uma das entrevistadas, ao relatar sobre a eminência da morte das idosas atendidas, teve a voz embargada pela emoção.

> E olha, é muito doloroso trabalhar com idoso!
> […] ai, dá até vontade de chorar! [emocionou-se e fez uma pausa]*ver elas* piorando a cada dia […] e pouco você tem o que fazer! […] ter o óbito de uma idosa que *tá* aqui com a gente 5, 6, 2, 1 ano, *né*! Você acaba se apegando a essa idosa, você tem o profissional, mas você tem o sentimento por essa idosa, porque ela está aqui todos os dias. […] Elas veem a gente como da família! É a única pessoa que elas veem! Somos nós, todos os dias, *né*! E a gente vendo, 'ontem ela não *tava* assim', e *aí* a gente chega amanhã e 'Nossa, hoje ela *tá* pior do que ontem...' […] Oh! [Mostrou os olhos lacrimejados!] (Aparecida).

Locatelli, Oliveira e Cavedon (2014) afirmam que o desenvolvimento de atividades laborais e a construção de uma relação direta com o idoso institucionalizado permitem ao profissional a familiarização com a história de vida do idoso. Essa relação entre a tarefa profissional e as emoções motivadas por esse processo desenvolve no profissional a construção de um saber *sentido* do envelhecimento.

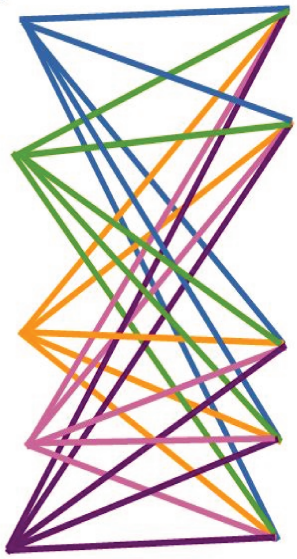
Nas entrevistas, a pergunta disparadora sempre foi sobre o percurso que cada uma fez para estar naquele local, ocupando aquele papel. As que ocupavam a função de coordenadora, relataram que antes desse cargo, foram técnicas ou estagiárias na mesma instituição e foram convidadas pelo dirigente a assumir a responsabilidade maior, com a alteração do cargo.

A partir das transcrições das entrevistas, foi feita uma primeira organização dos temas que surgiram delas e foram feitos dois agrupamentos; o primeiro de situações inerentes à instituição e que as torna singular, essas características foram denominadas endógenas. O segundo grupo foi denominado exógeno, pois aglutinou elementos que embora fazem parte do dia a dia da instituição, desenvolvem sua dinâmica independente dela. Partindo do primeiro

grupo, foi feito um exercício para evidenciar as possíveis articulações que esses elementos fazem em com o segundo grupo.

Sendo assim, fica visível que essas instituições estão inseridas na sociedade como alternativa de cuidado qualificada pela profissionalização da equipe e pelas fiscalizações dos Órgãos Públicos. Por sua natureza mista, ou seja, filantrópica e pública, rompem com algumas características que as instituições asilares de outrora apresentavam, como o isolamento territorial com vistas ao esquecimento de seus residentes. Pelo contrário, ao serem inseridas nos espaços como os conselhos municipais, lhes são exigidos indicadores que contribuem na pauta das políticas públicas de proteção à velhice. A seguir, o **Quadro 2** mostra as possíveis articulações entre os dois grupos.

Quadro 2 - Temas que surgiram a partir da leitura flutuante das transcrições das entrevistas e das respostas dos questionários.

Elementos Endógenos	Possibilidade de relação	Elementos Exógenos
A pessoa idosa (o que é comum e o que é coletivo nas vulnerabilidades e nas histórias de vida)		O território (potencialidades para relacionamento com a ILPI)
Os profissionais (conhecimento técnico e afetividade)		Exigências dos Órgãos Públicos ((ANVISA, SUAS, SUS)
A gestão (conhecimento técnico e capacidade de articulação política)		A sociedade (sensibilização para romper com esteriótipos e preconceitos)
Estrutura física da instituição (limites e potencialidades)		O setor privado (parcerias)
Instituição híbrida (cuidados integrais)		A família (insuficiente ou inexistente)

Fonte: Elaboração própria.

Com base nesses dados foram identificadas três categorias para a análise do conteúdo da pesquisa, a saber: a) Das instituições; b) Dos profissionais; c) Do público atendido. Através dessas três categorias observa-se que para garantir o cuidado a pessoas idosas com alguma dependência e com rede familiar insuficiente, a Política de Assistência Social tem o desafio de se adaptar a diferentes realidades.

3.1. Das Instituições

Nenhuma das instituições pesquisadas é 100% pública, ou seja, são Organizações da Sociedade Civil (OSCs) como descritas na primeira parte deste trabalho.

As instituições pesquisadas têm características comuns e particulares a começar pela denominação que utilizam, 4 (quatro) delas têm a palavra *lar* no nome e 1 (uma) tem a palavra *residencial*. As demais se identificam com o termo Acolhimento Institucional, Abrigo Institucional ou Assistência aos Idosos. Conforme CAMARANO e BARBOSA (2016) "Muitas instituições tentam oferecer aos residentes um espaço que reproduza a vida em família. Algumas, por exemplo, se autodenominam lares. É o caso de aproximadamente 30% das instituições brasileiras" (p.483). Ao se comparar com um lar, a ILPI se coloca enquanto espaço coletivo com objetivos comuns de convivência e oferta de proteção.

Em relação ao tempo que elas existem apenas uma é centenária.

Sobre o início das parcerias com o Poder Público Municipal houve dificuldades em precisar em 4 (quatro) delas, sendo que 1 (uma) não conseguiu encontrar uma data aproximada e outra respondeu que não há documentos comprobatórios, apenas recortes de jornais locais que pôde servir para inferir alguma data próxima aos fatos noticiados.

Dentro das 9 (nove) instituições 2 (duas) delas não teve ligação religiosa na fundação. A criação de 1 (uma) delas foi motivada enquanto a fundadora cursava a Graduação de Serviço Social e percebeu que havia muitos serviços destinados a crianças e adolescentes no município e quase nada para as pessoas idosas e em situação de rua; cabe apontar como um fato curioso que 1 (uma) das instituições, embora laica, sua sede funciona na casa de uma Congregação Religiosa Católica. Não foi possível identificar se a ocupação do espaço é cedido ou é pago para o uso.

Foi identificado o ano de fundação, início da parceria com o município, assim como o vínculo com alguma religião específica, considerando que historicamente esses espaços surgiam através de alguma motivação religiosa em prol da caridade aos menos favorecidos, conforme **Tabela 4**.

Tabela 4 – Relação do ano de fundação, ano de parceria com o Poder Público Municipal e o vínculo com alguma religião.

Identificação	Ano de Fundação	Ano que iniciou parceria com o Município	Vínculo religioso
ILPI 1	2009	2009	Não
ILPI 2	1935	2014	Católico
ILPI 3	1900	2014	Católico
ILPI 4	1962	1998 (?)	Presbiteriano
ILPI 5	2011	2011	Católico
ILPI 6	1996	2011 (?)	Adventista
ILPI 7	1973	1997 (?)	Católico
ILPI 8	1977	1979	Não
ILPI 9	1982	(?)	Não

Fonte: Elaboração própria.

Nota explicativa: A utilização de Ponto de Interrogação (?) indica que a coordenadora não soube precisar a data que a Instituição iniciou a parceria com o Município.

É importante destacar que as ILPIs-AS visitadas têm espaço para atividades religiosas e, segundo as entrevistadas, mesmo tendo algum vínculo religioso, oferecem oportunidades para diferentes manifestações religiosas, respeitando o credo dos residentes. O item X do Artigo 50 do Estatuto do Idoso, define que uma das obrigações das ILPIs é "propiciar assistência religiosa àqueles que desejarem, de acordo com suas crenças" (BRASIL, 2003).

Em relação à sustentabilidade financeira das instituições, os questionários apontaram uma variação do valor *per capita* passado pelo Poder Público Municipal a cada ILPI. Os valores oscilaram entre R$ 830,00[23] a R$ 3.860,00. Nas falas das entrevistadas foi apontado que apenas os recursos repassados pelo Município não são suficientes para a prestação de serviços, o que torna um desafio equalizar essa questão.

Segundo os dados obtidos pela pesquisa do IPEA quanto ao gasto total das ILPIs brasileiras, cerca de 52,9% é destinado ao pagamento dos salários dos profissionais; 27,5% com gastos de aluguel do imóvel, transporte e manutenção desses itens, além de água, telefone, energia elétrica, gás, materiais de escritório e combustível; alimentação aproximadamente 14% e medicamento, cerca de 5% (CAMARANO; BARBOSA, 2016, p.504).

23 Esse valor equivale a 83,50% do salário-mínimo vigente.

Além dos valores repassados pelos municípios às Instituições, o Estatuto do Idoso prevê que, nos casos de filantropia, a Instituição pode cobrar, diretamente do idoso, um valor de até 70% do benefício que ele recebe, quer seja previdenciário ou assistencial (BRASIL, 2003)[24]. Portanto, para complementar as receitas, as instituições pesquisadas recorrem ao percentual de 70% da renda dos residentes. Esse valor de até 70% do benefício deverá ser utilizado para subsidiar as necessidades de custeio da Instituição.

Vale salientar que o idoso pode utilizar o restante do valor como desejar, desde que esteja em consonância com sua condição humana, ou seja, respeitando sua capacidade de escolha (autonomia) e condição física (independência).

Outra observação importante é que todo idoso, a partir de 65 anos, cujo sustento não possa ser promovido por ele ou por sua família, poderá requerer o Benefício de Prestação Continuada (BPC), muitas vezes conhecido como LOAS, fazendo referência à sigla da Lei Orgânica da Assistência Social, que garante esse benefício às pessoas idosas e às pessoas com deficiência. O BPC é um benefício oferecido pelo Orçamento da Política de Assistência Social e toda a operacionalização dele é feita pelo Instituto de Previdência Social. Esse benefício não dá o direito ao décimo terceiro salário, como nos casos de aposentadoria e pensão, e não é repassado a dependentes nos casos de falecimento do beneficiado.

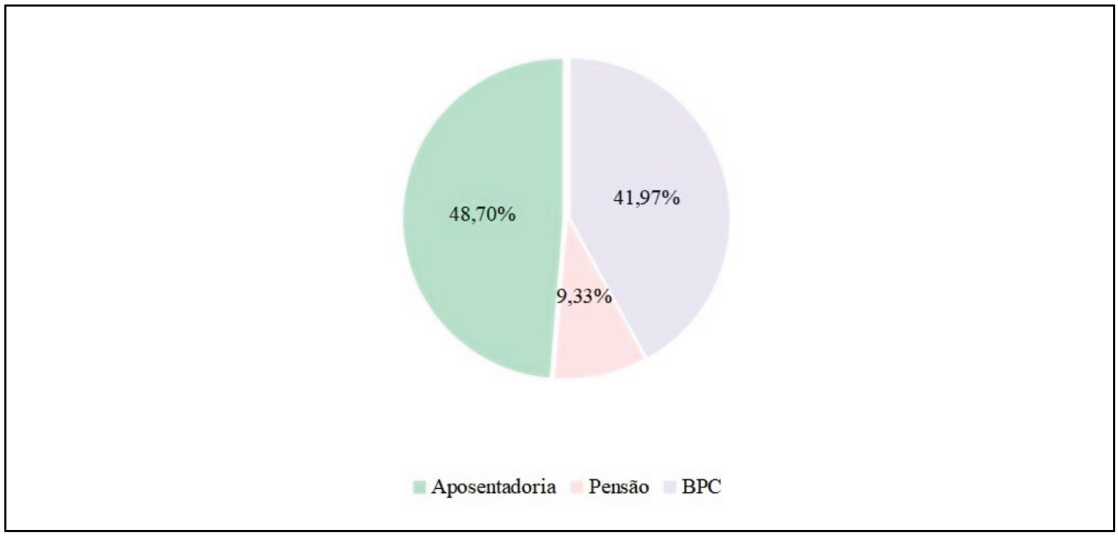
Considera-se benefício do idoso os casos de BPC, Aposentadoria, Pensão ou qualquer outra renda que ele tiver, incluindo aluguéis de imóveis. Pode parecer estranho que alguém que possua imóveis próprios necessite residir em uma ILPI, mas existem alguns casos em que a fragilidade dos vínculos familiares é tão extrema ou inexistente que, mesmo possuindo um lugar próprio para residir não é garantido que haja condições de gerenciamento adequado da vida em domicílio. Essa avaliação faz parte do protocolo para o acolhimento institucional e é feita pela equipe técnica (Assistente Social e/ou psicólogo) da própria instituição.

Foram identificadas nas ILPIs-AS pesquisadas três categorias de renda dos residentes e a proporção de cada uma delas, sendo que a prevalência é de Aposentados

24 Cf. Estatuto do Idoso, Capítulo VIII, Artigo 35, parágrafos primeiro e segundo. “Art. 35. Todas as entidades de longa permanência, ou casa-lar, são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada. § 1.º No caso de entidades filantrópicas, ou casa-lar, é facultada a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade. § 2.º O Conselho Municipal do Idoso ou o Conselho Municipal da Assistência Social estabelecerá a forma de participação prevista no § 1.°, que não poderá exceder a 70% (setenta por cento) de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso”. (BRASIL, 2003)

(n=94), seguido pelos beneficiários do BPC (n=81) e por último os pensionistas (n=18), que não chegam a 10% do total (**Gráfico 3**).

Gráfico 3 – Categorias de rendimento dos residentes das ILPIs-AS.



Fonte: Elaboração própria.

Uma das ILPIs-AS não conseguiu diferenciar o número de aposentados e pensionistas, pois, segundo a responsável, a Instituição apenas recebe os 70% que é fornecido, mensalmente, pelo próprio familiar, sem contudo, saber qual a categoria do provento.

Entretanto, mesmo com o valor do financiamento público e com a utilização dos 70% da renda dos idosos, os gastos para o funcionamento das instituições não são totalmente cobertos e esse fator exige que as profissionais responsáveis pela gestão identifiquem estratégias para captação de recursos, envolvendo a Diretoria, os funcionários e a comunidade. Conforme pode ser observado em algumas falas das profissionais:

> […] hoje eu me vejo de mãos atadas, por conta da questão financeira […] nós estamos com uma dívida de cem mil reais […] a gente tem sim a ajuda da Prefeitura, *né*, mas assim, não se mantém tudo, porque nós temos trinta e sete funcionários; são muitos funcionários, *né*? A casa é centenária, *né*? Não se faz manutenção; quando acontece alguma coisa é emergencial, entendeu? Eu tenho um quadro de forças aqui que precisa ser atualizado pra ontem. É muito dinheiro! Entendeu? Então a gente precisa de parcerias, *né*? Então sem parcerias a gente não consegue dar continuidade, isso pra mim é muito claro (Antonia).

> […] a gente *tá* com um endividamento, assim, bem sério […] a ponto de fechar, mesmo, assim. Já tinha se decidido, até pelo encerramento da Entidade. Mas *aí* nós conseguimos, após muita [enfatizou] discussão com o município, em relação ao

> repasse, […] nós tivemos que repensar muitas coisas pra conseguir sobreviver, ou senão, a gente ia fechar, mesmo. Não tinha outra solução (Felícia).

Observa-se o empenho dos responsáveis pelas ILPIs-AS em garantir a sustentabilidade do serviço, no entanto, para Camarano e Barbosa (2016),

> A opção do Estado em oferecer financiamento para colaborar com as ILPIS deve-se à maior facilidade que ele encontra em transferir renda em vez de oferecer serviços. Seria necessário que o SUAS estabelecesse mecanismos de maior controle da gestão dos recursos aplicados nas instituições. Se, por um lado, a filantropia alivia as demandas da comunidade, por outro, ela impede a construção de uma política pública adequada de cuidados e o reconhecimento do cuidado como um direito social (p.507).

Foi percebido que as 9 (nove) ILPIs-AS pesquisadas têm a particularidade de serem executoras do serviço de Proteção Social Especial de Acolhimento Institucional pelo do Sistema Único de Assistência Social, contudo, são instituições cuja fundação estabeleceu-se pela sociedade civil e não pelo Poder Público. Como foi descrito anteriormente o início de algumas delas precede a legislação da política de proteção à velhice. Ao mesmo tempo, torna-se interessante destacar que as profissionais são contratadas por regime de CLT pelas Instituições, entretanto, por oferecer os serviços ao Poder Público Municipal, submetem-se também à avaliações e monitoramentos feitos por profissionais da gestão pública, ou seja, uma gestão compartilhada entre sociedade civil e governo municipal. Conforme preconiza a LOAS,

> Art. 3º Consideram-se entidades e organizações de assistência social aquelas sem fins lucrativos que, isolada ou cumulativamente, prestam atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta Lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de direitos. § 1º São de atendimento aquelas entidades que, de forma continuada, permanente e planejada, prestam serviços, executam programas ou projetos e concedem benefícios de prestação social básica ou especial, dirigidos às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal, nos termos desta Lei, e respeitadas as deliberações do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), de que tratam os incisos I e II do art. 18. (BRASIL, 1993)

Em consonância com os dados apresentados na pesquisa IPEA, que identificou as ILPIs filantrópicas da Região Sudeste do Brasil como instituições de maior porte e capacidade para mais de 20 acolhimentos (CAMARANO; BARBOSA, 2016), na **Tabela 5** apresenta-se a capacidade de atendimento e a quantidade de vagas financiadas pelo município e índice de ocupação de cada ILPI, registrando, portanto, dados similares aos da pesquisa do IPEA.

Algumas ILPIs-AS oferecem, no mesmo espaço, vagas custeadas pelo município ou pelas famílias. Segundo as entrevistadas, não há diferença no atendimento, nem nas acomodações e a abordagem de todos os residentes são feitas pela mesma equipe.

Tabela 5 - Número de vagas disponíveis, índice de ocupação e vagas em parceria com o município.

Identificação	Capacidade de atendimento (vagas)	Índice de ocupação (%)	Vagas em parceria com o Poder Público Municipal	
			Quantidade	(%)
ILPI 1	30	93,00%	30	100%
ILPI 2	40	85,00%	40	100%
ILPI 3	25	92,00%	15	60%
ILPI 4	40	85,00%	35	87%
ILPI 5	15	100,00%	15	100%
ILPI 6	38	92,00%	15	39%
ILPI 7	35	100,00%	20	57%
ILPI 8	30	90,00%	30	100%
ILPI 9	64	92,00%	64	100%

Fonte: Elaboração própria.

Foi observado que apenas 1 (uma) instituição tem menos que 50% das vagas compartilhadas com o município, e 5 (cinco) delas disponibilizam todas as vagas para a parceria municipal; as demais oscilam entre 57% a 87%. Essas parcerias vão de encontro às necessidades do Poder Público em ofertar os serviços, considerando às necessidades de efetivação da política de proteção à velhice para pessoas que necessitam de cuidados e cuja rede familiar é frágil ou inexistente.

Sobre o índice de ocupação, mesmo que a instituição não esteja com a capacidade total ocupada, não quer dizer que existam vagas disponíveis por falta de demanda. Todas as profissionais relataram que há uma fila de espera, ou demanda reprimida para a institucionalização. A visibilidade de vagas disponíveis se dá, pois quando há o óbito de um idoso, o preenchimento da vaga ocorre após serem seguidos alguns protocolos, como entrevistas e visitas domiciliares, por exemplo, e isso leva algum tempo até que essa vaga seja preenchida.

Ainda sobre a vacância, essas instituições são ao mesmo tempo espaço para preservação e promoção da dignidade da vida, mas, inevitavelmente, e ao mesmo tempo o *locus* onde a finitude humana também se apresenta. Segundo Locatelli, Oliveira e Cavedon

(2014), as ILPIs “são destinadas a pessoas que estão vivendo a última fase da vida” (p. 82), por isso os temas da finitude e morte são tão presentes.

> […] em dois meses foram cinco falecimentos; a maioria já *tava* com, com quadro já debilitado […] cada dia que o idoso vai pro Hospital é um diagnóstico […] hoje ele tem problema cardíaco, amanhã é pneumonia, depois de amanhã é infecção de urina (Felícia).

Em um estudo comparativo entre os idosos que vivem numa ILPI e os frequentadores de um Centro Dia, foi apontado que a percepção dos índices de qualidade de vida (QV) é superior nos frequentadores do Centro Dia[25]. Segundo Simeão et al. (2018), isso ocorre pelo fato dos idosos frequentadores do Centro Dia apresentarem maior autonomia na execução das atividades do quotidiano e maiores possibilidades de interação social. Para as autoras, o Centro Dia é o local

> onde são estabelecidas ações que promovem a formação de grupos para a realização de atividades físicas, lazer, culturais e de trabalho, diferente dos asilados, que passam o dia todo na Instituição, têm uma rotina geralmente monótona e de baixa autonomia nas atividades, convívio social limitado, com, geralmente, poucas visitas de familiares e amigos. Isso contribui para baixa autoestima e valorização da própria QV (p. 3928).

Entretanto, o mesmo estudo aponta que as duas populações (ILPI e Centro Dia) percebem a eminência da morte com sentimentos similares. As autoras inferem que, devido ao fato de sentirem que estão no final da vida, a morte é um evento aguardado por eles e essa certeza acaba desenvolvendo “algum mecanismo de enfrentamento em relação à vida e ao futuro, destacando-se a importância da espiritualidade, fé e religiosidade” (SIMEÃO et al., 2018, p. 3931).

Em concordância com a taxa de ocupação das instituições pesquisadas pelo IPEA, em que constatou a ocupação de cerca de 90% das vagas ocupadas (CAMARANO; BARBOSA, 2016, p. 494) apenas 2 (duas) delas, na ocasião da pesquisa, existia uma taxa de ocupação inferior. Sobre as formas possíveis para liberação de leito nas ILPIs-AS pesquisadas, foi unânime o reconhecimento das entrevistadas pelo óbito dos residentes, salvo raríssimas situações, conforme relatos abaixo sobre falta de adaptação ou insistência da

25 O Centro Dia para pessoa idosa também integra a Tipificação dos Serviços Socioassistenciais; ele está classificado na Proteção Social Especial de Média Complexidade pois considera perfil para o atendimento usuários com alguma dependência e que ainda possuem laços familiares e afetivos. Os objetivos desse serviço é promover a autonomia e independência da pessoa idosa, bem como aliviar o estresse do cuidador domiciliar que sofre com a sobrecarga de cuidados prestados ao ente. A oferta do Centro Dia permite um local de acolhida e proteção à pessoa idosa e, concomitantemente, diminuição das responsabilidades familiares, no período que o idoso estiver no Centro Dia.

família (Aparecida e Judith). Por isso, não foi possível caracterizar a média do tempo de permanência, variando de semanas e podendo chegar a duas décadas, conforme depoimentos.

> O desligamento da entidade é só através de óbito. Raríssimas exceções! Olha, de 5 anos que estou aqui, só a Maria[26], agora, esses dias que foi; arrumou uma casinha pra morar com o filho e foi morar. Em 5 anos […] uma! O restante é óbito! Nenhuma família vem aqui e fala: 'Ah, agora eu tenho condição de ficar com ela em casa'(Aparecida).

> […] eu estou aqui há 4 anos e em 4 anos eu nunca vi uma idosa retornar pra família, nunca! Só ocorre a saída quando é o óbito (Antonia)!

> […] o idoso, ele só sai daqui … no óbito (Damares)!

> Nós tivemos um caso que foi por falta de adaptação e ele não aceitou o acolhimento, de forma alguma. Ele chorou muito, muito mesmo. E *aí*, não tinha como ficar com ele aqui. A família precisou se organizar pra receber em casa, novamente. Depois a gente não *teve* mais notícias. E um outro, que a gente não gostaria que ele saísse daqui, porque a gente sabia que a família *tava* interessada na aposentadoria. *Aí* ele saiu, *né*? Ele quis voltar pra casa da família, a família fez o empréstimo e queria devolvê-lo *né*? E *aí* tem que entrar novamente todo o processo, *né*? Aí ele foi óbito por desgosto (Judith).

> Daqui não tem mais pra onde ir, *né*? Então chegou aqui, a família deixa aqui até o óbito (Teodora)!

> A gente teve um óbito [...] esses dias; a gente acompanha tudo! […] só *tava* eu, fazendo o funeral, com uma pessoa. Então você tem que ver até a última terrinha, *sabe*? Difícil […] (Lourdes).

Como sinal de qualificação e legitimidade dos serviços, todas as ILPIs-AS pesquisadas possuem inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social e Conselho Municipal do Idoso o que demostra também a vinculação desses serviços ao controle social e interlocução com outros atores da política pública.

3.2. Dos funcionários

Foi possível identificar algumas peculiaridades quanto à composição do quadro de recursos humanos e nas denominações das funções dos profissionais envolvidos na prestação de serviços. Algumas funções são encontradas em todas as ILPIs-AS e outras se apresentam com denominações diferentes. Para analisar os dados, foi feita uma categorização

26 Nome fictício.

considerando o tipo da relação estabelecida entre o profissional e pessoas idosas residentes no espaço. Deste modo, o quadro de recursos humanos foi classificado em:

a) cuidados diretos – aqueles prestados diretamente à pessoa que reside na instituição, foram considerados os seguintes profissionais: Assistente Social, auxiliar de enfermagem, coordenadora, cuidador, educador social, educador físico, enfermeira, fisioterapeuta, médico, psicólogo, técnico em enfermagem, terapeuta ocupacional e supervisora de enfermaria.

b) cuidados indiretos – aqueles cuidados que são essenciais no dia a dia, mas que não exige o contato direto entre o profissional e a pessoa idosa, são eles: nutricionista, auxiliar de cozinha, auxiliar de lavanderia, auxiliar de limpeza, auxiliar de serviços gerais, faxineira, lavanderia, copeira, cozinheira e serviço geral.

c) serviços administrativos – aqueles relacionados à área administrativa: administrativo, assistente administrativo, assistente financeiro, auxiliar administrativo, auxiliar de bazar, auxiliar de escritório, encarregada financeira, mensageiro, operadora de telemarketing, porteiro, recepcionista, zelador e motorista.

Segundo o item 4.6.1 da RDC/ANVISA Nº 283, "A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve apresentar recursos humanos, com vínculo formal de trabalho" direcionados às atividades de coordenação técnica, cuidadores, atividades de lazer, serviços de limpeza, alimentação e lavanderia (ANVISA, 2005). E caso a instituição queira optar pela terceirização, o item 4.5.6 dispõe que, "A instituição poderá terceirizar os serviços de alimentação, limpeza e lavanderia, sendo obrigatória à apresentação do contrato e da cópia do alvará sanitário da empresa terceirizada" (ANVISA, 2005). No caso das ILPIs-AS participantes da pesquisa, não houve menção a serviços terceirizados por elas.

No **Gráfico 4**, observa-se a proporção entre funcionários e residentes nas ILPIs-AS pesquisadas. No eixo horizontal foi quantificado o número de funcionários de cada ILPIs-AS e na linha vermelha a capacidade de atendimento de idosos.

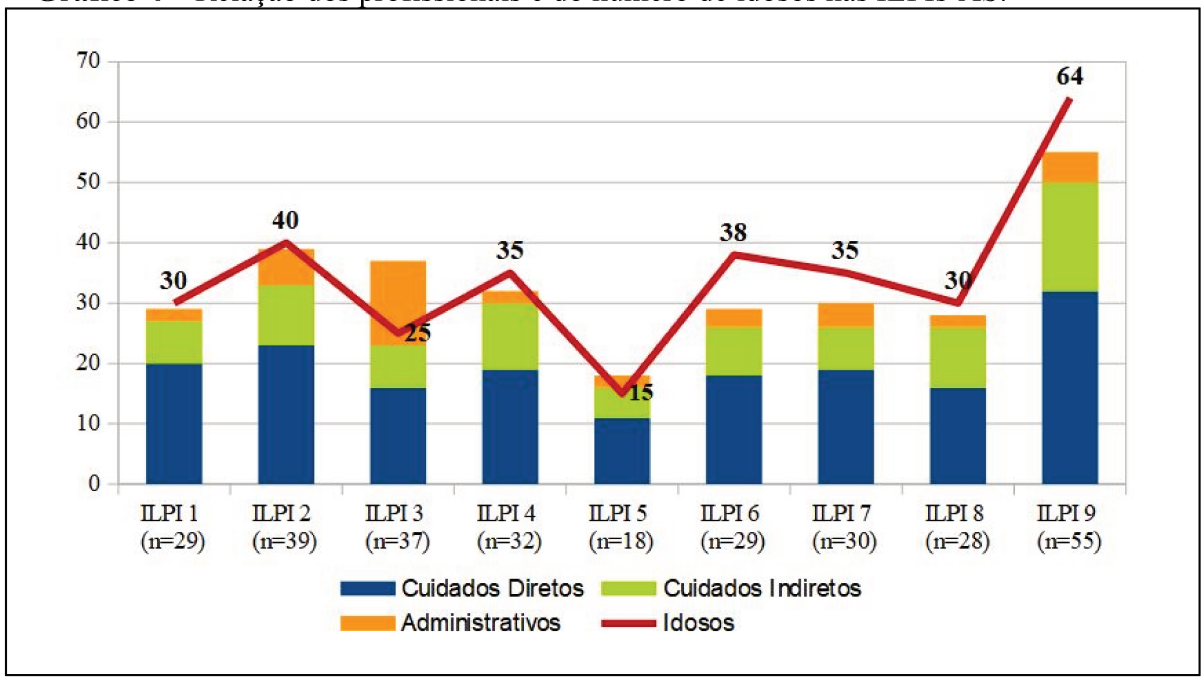
Em duas delas (ILPI 3 e 5) o número de funcionários é maior que o número de vagas disponíveis; essa situação pode ocorrer devido às exigências mínimas de recursos humanos para o funcionamento da instituição, considerando seu caráter contínuo e ininterrupto.

Os profissionais envolvidos nos cuidados diretos estão em maior quantidade em todas as instituições, correspondendo 59%; os cuidados indiretos em 26% e as funções

administrativas somam 15%. Sobre a quantidade de cuidadores envolvidos nos cuidados diários com os idosos, a RDC/ANVISA Nº 283 orienta, que seja considerado o grau de dependência de cada idoso, sendo

> a) Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia; b) Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno; c) Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno (ANVISA, 2005).

Gráfico 4 – Relação dos profissionais e do número de idosos nas ILPIs-AS.



Fonte: Elaboração própria.

Quando as políticas públicas de proteção à velhice prescrevem sobre a proteção integral como serviço a ser oferecido pela ILPI, esbarra-se em um desafio apontado nas entrevistas que é a necessidade da oferta de cuidados relativos à saúde. Segundo a NOB-RH SUAS (FERREIRA, 2011), os profissionais que compõem a equipe de referência para atendimento direto devem compor o quadro de RH, conforme a **Tabela 6**; e neste caso, não há a categoria profissional exclusiva da saúde, como demonstrado a seguir.

Tabela 6 – Quadro de Recursos Humanos para ILPIs-AS.

Profissional/Função	Escolaridade
1 Coordenador	Nível superior ou médio
Cuidadores	Nível médio
1 Assistente Social	Nível superior
1 Psicólogo	Nível superior
1 Profissional para o desenvolvimento de atividades socioculturais	Nível superior
Profissional da limpeza	Nível fundamental
Profissional de alimentação	Nível fundamental
Profissional de lavanderia	Nível fundamental

Fonte: Normas Operacional Básicas de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (FERREIRA, 2011, p.35).

É interessante destacar que, embora haja essa normativa, o quadro de RH apresentado pelas ILPIs-AS mostrou-se mais diversificado, incorporando nele profissionais considerados da área da Saúde, especialmente os da área da Enfermagem. Algumas instituições relataram que o valor para pagamento desses profissionais fica por conta da própria instituição, enquanto outras relataram que o Edital do Município permite utilizar os recursos públicos para o referido pagamento. Enquanto o número de cuidadores, cuja exigência de escolaridade é o Ensino Médio, foi de 76 (46%), o número de auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiros somou 58 (35,5%). Ainda há situações em que a Instituição contrata para o cargo de cuidador pessoas com formação técnica, como é o caso do técnico de enfermagem ou afins, mas restringe alguns procedimentos típicos da saúde.

Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações[27] (CBO) a ocupação de cuidador de idosos compõe a Família referente ao código 5162 que integra os cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos. Sobre a formação e experiência dessa Família de ocupações, a CBO define que, a formação mínima pode variar entre o ensino fundamental e o ensino médio e que, para exercer as atividades, deverá comprovar experiência ou participar de cursos ou treinamentos de formação básicos. A CBO faz duas advertências sobre essa Família de ocupações, a primeira enfatiza que nos casos em que a dependência do usuário for elevada, tal cuidador deverá ter a formação na área da saúde. E por fim, reforça que a Família de ocupações 5162 não compreende a Família 3222 que é destinada aos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

27 A Classificação Brasileira de Ocupações define-se como um "documento normalizador do reconhecimento, da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. É ao mesmo tempo uma classificação enumerativa e uma classificação descritiva […] e não tem a função de regulamentação profissional" (MTE, 2010, p.7).

Dito isto, diante das diversas realidades encontradas nas ILPIs, cada gestão encontra suas estratégias para manejo entre as necessidades dos idosos e as possibilidades legais e financeiras das instituições.

> Hoje nós temos 4 cuidadoras que têm formação em técnico de enfermagem; ela não é técnica; a função dela não é técnica; ela não é registrada como técnica, mas a gente teve a sorte de conseguir selecionar algumas cuidadoras que têm a formação em técnico. Então isso já nos ajuda bastante, nos dá *aí* uma certa tranquilidade, *tá*, mas não é a função delas (Aparecida).

> *Teve* contratação […] de uma moça que ela é de formação como auxiliar de enfermagem; aqui ela está contratada como cuidadora (Dirce).

> Quando a gente vai contratar, um dos critérios é, eles vão ser *cuidador* […] todos os nossos cuidadores têm [formação de] auxiliar e técnico [de enfermagem] (Judith).

Merhy e Franco (2003) ao discutir os elementos envolvidos na prestação de cuidado à saúde parte da ideia de que existe um núcleo estruturado de diferentes tecnologias e que essas tecnologias se diferem pela sua natureza (material e imaterial). O autor diferencia as modalidades tecnológicas empregadas no cotidiano da área da saúde e as nomeia de *tecnologias duras*, aquelas que se materializam através de algum instrumento existente e *tecnologia leve dura* aquelas oriundas da prática do conhecimento técnico. Para além desse binômio, valoriza o campo das relações, o qual tem se mostrado indispensável para a ressignificação do cuidado e nomeia o terceiro item de *tecnologia leve*, ou seja, aquelas que se manifestam no ato da relação entre o profissional e o usuário, quando ele confere suas singularidades na aplicação do conhecimento técnico (MERHY; FRANCO, 2003).

Embora sua tese seja estruturada para refletir sobre a produção do cuidado na área da saúde, é possível usar suas contribuições no campo da assistência social, considerando as especificidades do processo de trabalho nas ILPIs que se propõem aos cuidados da vida diária de seus residentes. Essa inferência converge com alguns relatos feitos pelas entrevistadas sobre as características que consideram imprescindíveis para contratação e avaliação da equipe de trabalho, transcritos adiante.

Outra dimensão importante de se destacar é que para o profissional que assume a coordenação do serviço de acolhimento institucional para pessoas idosas, ou em qualquer outro serviço da política de Assistência Social, há exigências de habilidades na gestão do

quadro de RH, com vistas à motivação e promoção de relações interpessoais assertivas entre os funcionários e entre os funcionários e os residentes na garantia de direitos ao público atendido. Segundo Ferreira (2011), a NOB-RH SUAS

> representa um avanço no que diz respeito à profissionalização da política de assistência social, com vistas a garantir aos usuários do Sistema Único de Assistência Social serviços públicos de qualidade. As diretrizes da NOB-RH/SUAS orientam a ação de gestores das três esferas de governo, trabalhadores e representantes das entidades de assistência social que, cotidianamente, lidam com os desafios para a implantação do SUAS. […] Os conteúdos da NOB-RH/SUAS demandam compreensão da direção ética e política que temos hoje para qualificar a oferta dos serviços e consolidar o direito socioassistencial (p.11).

Essas dimensões se fizeram presentes nos relatos das entrevistas em que as coordenadoras expressaram a dinâmica existente entre as imposições da política de Assistência Social e as exigências para a operacionalização dela no dia a dia da instituição. Também é possível inferir, pelas falas, que há uma tendência de valorização da *tecnologia leve* em detrimento das *tecnologias leve dura e dura*.

> A gente tenta priorizar as experiências na área social, [...] é diferente você trabalhar num hospital, com aquela demanda emergencial e de repente você estar numa ILPI e lidar diariamente com aquele idoso, *né*, com aquela demanda específica. Então, a gente tenta priorizar quem já tem alguma experiência na área social (Damares).

> […] eu acho assim, o conhecimento técnico, ele é adquirido, por mais que você não tenha uma capacitação, uma formação, é possível você treiná-lo, você capacitá-lo, *né*? Mas, o que a gente precisa, mesmo, é pessoas comprometidas, porque assim, é um serviço vinte e quatro horas, ininterrupto; faltou um, desestabiliza toda a rotina. Então, a gente tem privilegiado bastante esses requisitos, assim. A pessoa ter ética, *né*, assim, ter um pouco de postura, saber diferenciar o ser humano, porque […] idoso não é igual; bom, nenhum ser humano é igual ao outro. […] Enfim, tem tantas coisas que norteiam a vida do idoso que você precisa ter esse leque [...] de conhecimento. E não é qualquer pessoa que *consiga* ter essa sensibilidade (Felícia).

> […] quando eu vou fazer uma entrevista com o profissional, eu nem exijo experiência, vou ser muito sincera pra você! Eu prefiro que ela não venha com vícios, vamos dizer assim, eu prefiro que ela aprenda no dia a dia, que ela conheça, realmente assim, como que é o funcionamento da casa, o perfil de quem *que tá* na diretoria, como que é essa cultura. Mas, uma coisa pra mim é imprescindível, que é uma pergunta chave que eu faço, seja qual profissional for, se gosta de trabalhar com idosas. Isso pra mim é o ponto crucial, ali da entrevista. Lógico que podem falar que gosta *tal*, mas assim, é, em alguns momentos […] o profissional que realmente não gosta de trabalhar com idosas, ela vai deixar alguma *deixa*, alguma brecha *pra* te mostrar que realmente não, não gosta (Antonia).

> Então tudo o que a gente vê aqui […] não é só como eles tratam cada colega de trabalho, mas como eles tratam o idoso; porque aqui é a casa deles, *né*? Então, desde o primeiro dia a gente conversa também sobre isso, como eles abordam os idosos

> *pra* trabalhar; qualquer área, cozinha, serviços gerais, a enfermagem. […] às vezes não têm esse hábito, *né*, de pedir licença, de bater *na* porta, mas aqui, como são casinhas, então eles têm que ter esse convívio. […] Então a gente começa abordar esse tipo de respeito, esse tipo de intimidade que eles vão criando com os idosos pra ter harmonia no trabalho. E as responsabilidades, *né,* se consegue ou não atingir os objetivos que a gente coloca aqui, tanto da limpeza, quanto qualquer área aqui dentro. Mas o foco maior é como os idosos são tratados aqui dentro, por eles (Judith).

> Então assim, desde que ela veio pra cá a gente observou o vínculo com o idoso. Porque eu vejo que o trabalho de cuidador aqui no Abrigo, além de ser um excesso grande de trabalho, porque são quinze idosos; ficam dois em cada plantão, conforme as orientações que a gente tem da Prefeitura, [...] mas tem aquele negócio assim, da empatia, também, sabe? De se colocar no lugar do idoso, de criar o vínculo. Então assim, a gente toma esse cuidado também, pra não ter rotatividade dos profissionais, porque eles criam vínculos com essas pessoas (Lourdes).

> Além da parte técnica? Eu acho que é a sensibilidade! É um conjunto, na verdade! Porque pra lidar com o ser humano, independente de qual for a idade que ele tenha, você tem que ter sensibilidade pra entender, pra ouvir e entender a história de vida deles (Dirce).

> A gente vê um pouco a idade, Adriana, por incrível que pareça! […] Porquê de meia idade, por exemplo, a maturidade é diferente, a paciência é diferente, do que um jovem. […] Até pouco tempo atrás a gente tinha uma cuidadora de 65 anos. Ela só saiu porque ela começou a ficar doente e ela falou: 'Gente não dá mais' (Aparecida)!

> Ah, tem que ter muita paciência, *né*? Muito carinho! Porque […] pode ser que eles (idosos) venham por vontade própria […], mas chega aqui, eles se sentem abandonados (Teodora).

> Olha, pra mim além de ter capacidade pra desenvolver a função, você tem que ter muito amor, muita paciência; essa parte humana, um olhar humano. […] Tem que ter uma boa comunicação entre a equipe, *né*, entre os profissionais. Por mais que sejam funções e trabalhos diferenciados, eu acho que a comunicação é crucial. Pra todo mundo conversar a mesma linguagem e saber o que é que está sendo feito e apresentado (Francisca).

Quando foi possível a visita às instalações não foi percebida a presença de odores que sugerissem falta de higiene, pelo contrário, os espaços percorridos tinham uma boa ventilação e higiene adequadas.

Observou-se estruturas físicas diferenciadas; algumas com enfermaria, logísticas personalizadas para acomodação de medicamentos e camas hospitalares; bem como materiais mais comuns como cadeiras de roda, dispositivos de apoio como bengala e andador; material para fisioterapia e exercícios físicos; equipamentos de cozinha, lavanderia e computadores. Esses recursos se aproximam das chamadas *tecnologia dura* e as habilidades que cada

funcionário tem para fazer o manejo desses dispositivos, são conhecidas como *tecnologia leve dura* (MERHY; FRANCO, 2003).

Nas falas anteriormente transcritas, há a valorização da capacidade em operar com eficiência o arcabouço material concomitantemente com as boas relações interpessoais, baseadas no respeito, na ética e na empatia. Locatelli, Oliveira e Cavedon (2014) ao pesquisarem as emoções no cotidiano de trabalho de uma ILPIs, fundamentaram o estudo considerando que "O discurso emotivo seria uma forma de ação social que cria efeitos no mundo, sendo esses últimos interpretados de um modo culturalmente informado pelo público desse saber emotivo" (p. 79).

No estudo, as autoras evidenciaram que as emoções no ambiente organizacional estão diretamente ligadas à presença de mulheres no quado de RH e ressaltaram a construção social em atribuir o cuidado ao feminino. Para as autoras as emoções são consideradas "produções socioculturais, em que seus efeitos, materiais e simbólicos, descortinam relações de poder, mecanismos de resistências, performances e práticas de contextos sociais, situados sócio-historicamente" (p. 79).

No Quadro de Recursos Humanos das ILPIs-AS pesquisadas, apresentados nos questionários, foi verificada a predominância de 90% de mulheres. Para Cisne (2007)

> Apesar de todas as transformações e avanços ocorridos, há alguns "continuísmos" presentes na Assistência Social, muito embora, sob novas configurações. Dentre eles, destaca-se aqui, a permanência da marca de gênero, expressa na sua feminização. No sentido de que as mulheres mesmo com os avanços e conquistas, ainda são responsabilizadas pela assistência […] (p. 6).

Ao relatarem sobre a importância das boas relações interpessoais, ou das *tecnologias leves* (MERHY; FRANCO, 2003) para efetivação de um serviço de qualidade e, consequentemente um convívio harmonioso, as profissionais trouxeram elementos para uma reflexão crítica sobre a insuficiência familiar. Se esta é caracterizada especialmente pela fragilização ou inexistência de vínculos, constituídos pelo tempo, entre essas pessoas e seu grupo familiar, viver em uma ILPI pode permitir a possibilidade de ressignificação das relações, senão com a família consanguínea, com outras pessoas que lhes prestarão os cuidados do dia a dia.

3.3. Do público atendido

Uma das questões de investigação da pesquisa foi o perfil do público atendido pelas ILPIs-AS a partir da compreensão das profissionais entrevistadas. Esse público foi descrito como pessoas que apresentam diversas vulnerabilidades tanto pessoais como sociais. Dentro destas, falta de moradia, de alimento e de medicação, bem como a falta de apoio ou de responsabilização de alguém mais próximo para a manutenção dos cuidados do dia a dia, além da saúde e de vínculos afetivos/familiares frágeis. Conforme os seguintes depoimentos:

> […] em grande parte, os idosos atendidos, eles estão em situação de vulnerabilidade, violência, negligência, maus tratos, ou em situação de rua, então, nosso público é público SUAS; […] eles chegam pra gente com uma saúde bem debilitada […] precisando de cuidados intensos. […] eu diria uns 80%, que chega pra nós, é sem rede [de apoio] (Damares).

> Estão em vulnerabilidade social, pessoas que estão sofrendo violência, pessoas abandonadas, moradores de rua, pessoas que não têm mais família, não têm mais como ser preservada no ambiente familiar. […] Nós temos muitas histórias aqui […] bem assim, de abandono mesmo, de negligência, sabe, então […] são vínculos, realmente, corrompidos […] Bem [enfatizou] difícil de rever. Bem difícil. [som de voz diminuído]. […] o idoso já *tá* desnutrido, ou ele *tá* […] com alguma doença avançada, em que a família não consegue cuidar, ou uma debilidade, assim, *né* […] movimentação […] *cê* percebe que é, é o quadro, *né*, de saúde que fez com que o idoso […] fosse deixado de lado […] pela família (Felícia).

> […] as idosas que vivem aqui são idosas extremamente carentes; maioria delas não tem familiares, realmente necessitam desse cuidado especializado, desse acolhimento […] elas não têm como voltar […] *pra* casa delas ou de familiares, porque realmente não têm quem cuide delas. […] existe também quem tem família, um vínculo muito fragilizado com a família, […] essa idosa não tem como ser cuidada por esses familiares. […] essas idosas realmente não têm *pra* onde ir! […] não têm com quem contar! […] Realmente precisa desse acolhimento mesmo, esse acolhimento integral, aqui no Lar, porque família nenhuma quer (Antonia).

> […] são os idosos que não tiveram filhos, que não têm mais irmãos, *né*, por conta da idade […] *tá* com risco, *né*, vulnerabilidade que eles falam, ou sofrendo algum tipo de ou preconceito ou violência. São esses os idosos que procuram pela gente. Ainda assim têm aqueles que têm filhos numerosos que procuram pela casa, mas *aí* a gente já conversa que não é o perfil (Judith).

> Tem um perfil variado, tem idosos que estavam em situação de rua, tem idosos que a família *tá* numa situação de negligência e abandono; temos idosos com histórico de violência perpetrada pela própria família. […] eles são bem mais debilitados dos que vinham anteriormente […]. Por exemplo, antes eu tinha poucos idosos que usavam fralda geriátrica; hoje, de quinze, eu já tenho nove que *usa* […]; antes eu tinha menos idosos que *usava* cadeira de rodas; os dois últimos idosos que chegaram pra nós são acamados. […] Então tem essa mudança, *né*? […] Os que vinham

> anteriormente […] *tinha* essa certa independência, digamos. Pelo que eu ouço o pessoal […] às vezes eles comentam 'ah, o pessoal que chega parece que *são* mais delicados, mais sensíveis, precisam de mais cuidados' (Lourdes).

> […] a gente sempre apoia os que estão com o risco maior. A gente sempre acolhe os que estão mais debilitados. A gente vai muito em Hospital, eles saem do Hospital; de alta hospitalar, direto pra Instituição (Olga).

> O vínculo familiar já está um pouco fragilizado, *né*? As famílias, como a gente sabe, não têm mais tempo de cuidar do idoso, não têm mais paciência, não têm qualificação, *né*? Outra coisa é a baixa renda (Aparecida).

> Geralmente é o *Alzheimer*, *né*? O *Alzheimer* é o que mais pega, *né*? Ou então limitações físicas (Teodora).

> E o motivo que eles vêm *pra* cá, no meu ver, nesse tempo que eu estou aqui, eu percebo que é bastante a questão da saúde, a questão do envelhecimento, a dependência, a falta de cuidador, porque hoje em dia todo mundo trabalha (Francisca).

Essas características vão de encontro à descrição geral do serviço de acolhimento institucional, que aponta que o público atendido deverá ser composto por "indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral" (MDS, 2013, p.44).

A insuficiência familiar é um dos marcadores da Alta Complexidade da Política de Assistência Social e pode ser identificada por razões diferentes como a ausência de familiar ou pela falta de laços afetivos ou de responsabilidades. A ausência de familiares ocorre pelo distanciamento que as pessoas experimentam ao longo da vida e podem acontecer à revelia de sua vontade ou provocados pela existência e manutenção de relações conflituosas.

Souza et al. (2015) fizeram uma análise crítica da literatura sobre o termo insuficiência familiar e apontaram que ela está associada com as diferentes maneiras de como as relações humanas são estabelecidas. Para elas, o conceito ainda é novo na literatura e seu significado está se constituindo. A partir da análise, as autoras propuseram a seguinte definição,

> Insuficiência familiar na pessoa idosa caracteriza-se como processo psicossocial de construção complexa fundado no vínculo familiar prejudicado e, sobretudo, no baixo apoio social; este determinado principalmente pela precariedade do apoio da família, tanto emocional quanto de ajuda instrumental. Transformações contemporâneas no sistema familiar, dentre elas a inversão do papel do idoso e o seu ninho vazio, associadas aos conflitos intergeracionais e ao comprometimento das relações

> familiares, podem desencadear ou fortalecer a vulnerabilidade social da família. Já a vulnerabilidade social da pessoa idosa, o declínio de sua saúde psicológica e funcional, com menor qualidade de vida, enfim, o envelhecimento mal sucedido são consequentes da insuficiência familiar na pessoa idosa (p.1183).

Além das condições materiais para a garantia do cuidado no ambiente familiar, a imaterialidade nas relações, são tratadas pelo conceito do *abandono afetivo*, especialmente tratado no âmbito do Direito da Família, no Código Civil (Lei Federal nº 10.046, de 10 de Janeiro de 2002). Silva e Leite (2018) definem que o abandono afetivo origina-se no momento em que o familiar interrompe seu dever em garantir condições materiais e afetivas. Ou seja, "Quando não cumprida a responsabilidade de proteção, cuidado e afetividade dos pais com seus filhos, caracteriza-se abandono afetivo" (p. 24).

Nesse sentido e retomando o Artigo 229 da Constituição Federal de 1988 que afirma que "Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade" (BRASIL, 1988), o abandono afetivo também pode ser *reverso*; situações em que os filhos abandonam afetivamente os pais.

Na **Figura 4**, foram organizadas, a partir das narrativas das entrevistadas, algumas situações que podem caracterizar a insuficiência familiar de idosos.

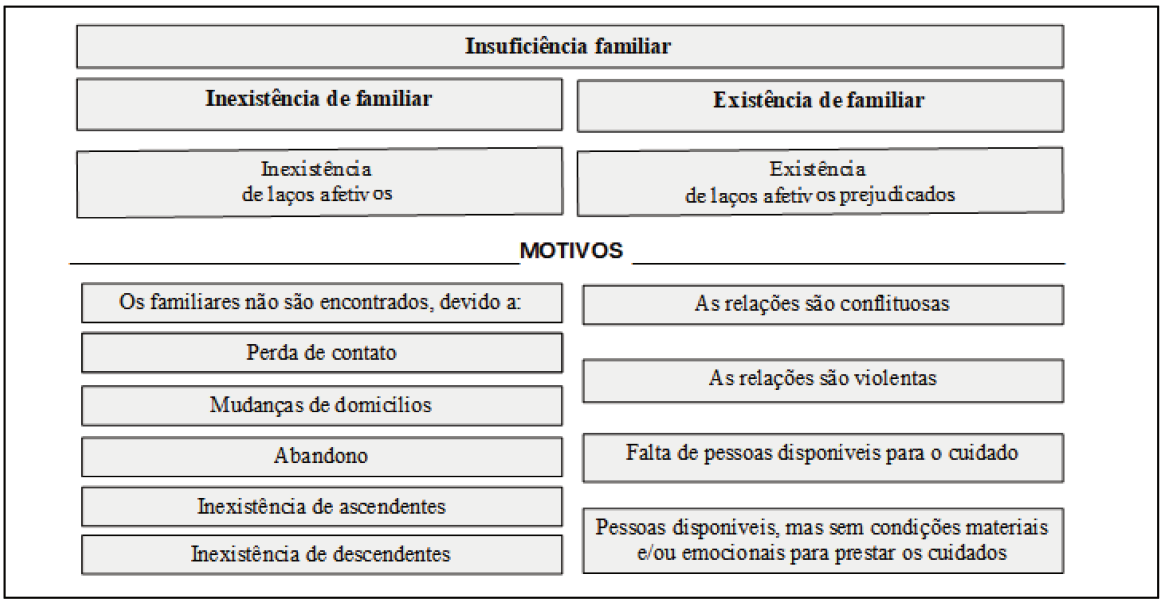


Figura 4 – Elementos constituintes da insuficiência familiar de idosos.
Fonte: Elaboração própria.

Considerando que a pessoa idosa já vivenciou todas as fases da vida (infância, adolescência, juventude e adultez) é compreensível a existência da diversidade das relações construídas e desconstruídas no período de mais de meio século. Há abandonos ocorridos na infância, há abandono ocorrido na velhice. Há rejeições recebidas, há aquelas que são provocadas pela pessoa e aquelas que o contexto social se encarrega de potencializar.

> Eu sei que ela tem família, mas a família nunca veio e ela não sabe nem onde *tá* a família; e ela não quer nem saber onde é que *tá* (Francisca).

> Agente consegue resgatar, localizar, mas não consegue fortalecer vínculos. […] quando a gente fala de referência, é uma referência de cuidados. Então assim, se você tá localizando uma pessoa que *tá* ausente muito tempo, ela não se torna uma referência […] ela é um parentesco, uma família extensa, entendeu? Mas que nós não conseguimos enxergar como uma referência de cuidados, porque ela estava ausente, *né*? […] trabalhar com família nessa situação é muito delicado. […] como que você vai cobrar que ele seja uma referência de cuidado se ele não teve essa referência no passado? (Olga).

Embora a vaga em uma ILPI-AS significa a garantia de proteção ao idoso, considerando a existência da violação de direito, a transição de moradia vivenciada pelo idoso é envolvida de uma grande carga emocional.

> […] pode ser que eles venham por vontade própria, eles escolheram […]. Mas chega aqui, eles se sentem abandonados; é cem por cento! […] Mesmo que eles falam […] 'eu decidi vir aqui pra não dar trabalho pro filho, pra não dar trabalho pro irmão, pra irmã'. Mas você sente que lá no fundo é um tanto de abandono (Teodora).

Nas situações de acolhimento institucional, geralmente, estão envolvidos 3 atores: a pessoa idosa, o profissional que representa a Política Pública e o familiar (quando há). Para o profissional, a vaga em ILPI-AS é considerada uma medida de proteção aplicada nas situações de violação de direitos. Essa medida de proteção será validada após avaliação técnica das condições em que essa pessoa estava e o contexto social inserido. A equipe técnica da Instituição costuma fazer a visita domiciliar, ao destinatário da vaga, para averiguação das informações e fundamentação do relatório para inclusão no Serviço.

> A família vem, solicita uma vaga, a gente faz um preenchimento da ficha; e geralmente é difícil ter uma vaga pra acolhimento imediato. […] surgindo uma vaga a gente realiza a visita domiciliar, pra *tá* conhecendo a realidade da família (Francisca).

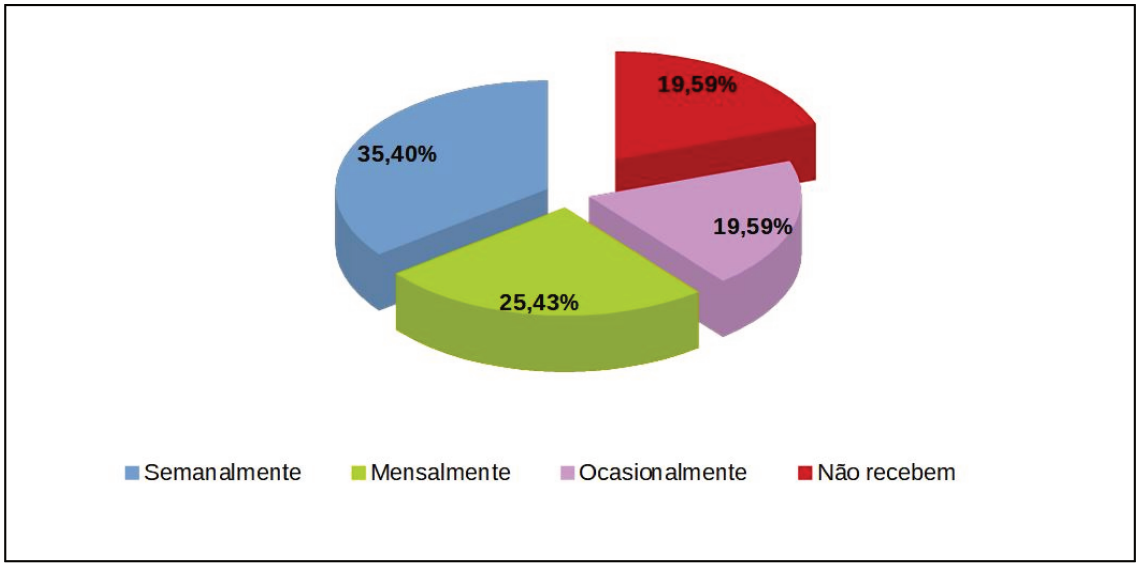
Segundo o Inciso V, do Parágrafo 3º do Estatuto do Idoso a "priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto

dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência" (BRASIL, 2003), deve ser premissa nas avaliações profissionais.

A relação familiar nas ILPIs-AS não se restringe à ausência de afeto nos vínculos estabelecidos por eles. Nos casos em que há vínculos familiares, também é possível identificar que existem sentimentos e emoções que aparecem na hora de deixar o idoso na instituição ou que podem mostrar dificuldades de alguns membros da família e que precisa de alguma forma ser compreendido, mais que julgado. "Tem gente que senta aqui e se acaba de chorar, porque não é isso que eles querem *pros* pais" (Teodora). Ou então "a família fica assim, com um sentimento de culpa, *né*? A família dá muito mais trabalho do que a idosa (Aparecida).

As estratégias que as equipes utilizam para sensibilização de visitas e proximidade com os idosos é variada e podem se dar no coletivo pela realização de reuniões mensais, festas temáticas, bingos, bailes. "A gente prefere fazer um evento onde vem o filho, traz o neto, traz o sobrinho, traz a vizinha e assim por diante; a gente prefere assim, uma família tendo contato com a outra" (Aparecida). Existem os casos individuais em que a família é solicitada para acompanhamento do idoso em alguma atividade externa, como acompanhamento à consulta médica, por exemplo. A frequência com que a família se faz presente na instituição após deixar a pessoa idosa pode ser visualizado no seguinte gráfico.

Gráfico 5 – Frequência das visitas de familiares nas ILPIs-AS.



Fonte: Elaboração própria.

Considerando o aumento da longevidade e as novas demandas que esse processo impõe, os familiares muitas vezes não se sentem habilitados (emocional e tecnicamente) para oferecer os cuidados necessários. Conforme é apontado no seguinte depoimento: “As famílias falam que elas não têm esse conhecimento, esse jeito de lidar com a pessoa que está doente” (Francisca).

Outras vezes, a falta de recursos materiais também as impedem de exercer o papel de protetora de seus entes. Há casos em que os familiares precisam trabalhar e não podem ficar em casa para os cuidados.

Situações mais simples, seriam resolvidas com a implantação de Serviços já tipificados como Serviço de Atendimento Especializado para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias. Esses Serviços têm o foco nas situações que ainda há certa autonomia e independência dos usuários e onde os vínculos familiares ainda são capazes de cumprir parte seu papel protetor. Nesses casos, a Política Pública complementaria algumas situações, como o atendimento em domicílio ou a oferta de espaços para que os usuários permanecessem durante o dia e retornassem para casa à noite e finais de semana. Na linguagem coloquial este Serviço é conhecido como *Creche do Idoso*, pois associa-se às creches infantis onde as mães, que precisam trabalhar, deixam seus filhos aos cuidados de profissionais durante o dia e retornam com eles no final da tarde. Contudo, retomando aos embates linguísticos já apontados anteriormente, associar o termo creche pode reforçar um estigma de infantilização das pessoas idosas, que é muito comum, porém equivocado. O termo indicado pela Tipificação é Centro-Dia e, seguindo a lógica do *ranking* das proteções, seria o serviço antecessor ao acolhimento institucional.

> Eu acredito que se tivesse o Centro-Dia do Idoso ia reduzir muito a minha lista de espera. […] eu posso falar pra você que *uns* 70%, se a família tivesse uma creche, que é aquele Centro Dia do Idoso, não estaria aqui. Eles precisam de um lugar para o idoso igual precisa do lugar para a criança em idade de creche [...] todo mundo precisa trabalhar. Infelizmente, ou felizmente todo mundo *tá* trabalhando. Mas *aí* eles precisam de um lugar pra deixar […] o idoso. Se tivesse esse lugar, ficaria durante o dia, à tarde passava, pegava e ia embora pra casa; não ia perder tanto esse contato (Teodora).

Os idosos que não possuem família se inscrevem nos casos em que não há descendência de si, ou seja, em uma relação de graus de parentesco há apenas os ascendentes (pais e avós) e colaterais (irmãos, tios, sobrinhos). Contudo, com o avançar do tempo, os ascendentes morrem e os colaterais também envelhecem e, não raro, encontram-se idosos cuidando de idosos.

> Às vezes idosos que não se casaram, não construíram uma família acabam morando com uma irmã, mas […] é uma idosa cuidando de outra idosa. Então os cuidados começam ficar mais difíceis. Acho que isso gera uma dificuldade no cuidado diário (Terezinha).

> […] o idoso é cuidado por outro idoso, que também não tem mais como cuidar […] nem fisicamente, nem psicologicamente (Teodora).

Retomando Motta (2006) sobre a pluralidade da velhice, o profissional se depara com situações semelhantes e, ao mesmo tempo, diversas para a avaliação da situação da pessoa idosa antes de ser institucionalizada. Antes da institucionalização há o pedido da vaga que pode ocorrer pela família, pelo idoso ou por outro profissional. No caso das ILPIs-AS, geralmente, são os profissionais de algum serviço que solicita a intervenção para o acolhimento, mas nas ILPIs pesquisadas, nem sempre o controle das vagas é feito pela gestão pública municipal permitindo à Instituição a autonomia do controle das vagas. Em ambos os casos, é a equipe técnica da ILPI-AS que elabora o relatório com o parecer favorável ou não para a institucionalização. São exceções os casos oriundos do Ministério Público, que são classificados como acolhimento por determinação judicial e que a Instituição tem a obrigação de fazê-lo. Nesta pesquisa, em 5 (cinco) ILPIs-AS havia acolhimento por determinação judicial.

O acolhimento institucional pode ser caracterizado como prática intervencionista que deve considerar na sua avaliação a exposição do idoso a situações de risco e vulnerabilidade que se encontra. Contudo, tais termos são envolvidos em realidades objetivas e subjetiva. Dito de outra forma, por se tratar de política de Assistência Social, que se caracteriza como proteção social não contributiva, um dos critérios para qualificação do público atendido, construídos historicamente, é a baixa ou ausência de renda que facilmente é identificada pelas constatações materiais (objetivas). Mas a realidade subjetiva, inserida no contexto social, nem sempre é facilmente identificada, cabendo ao profissional recursos mais sofisticados para compreensão da dinâmica familiar onde o usuário está inserido. Lima (2009) apresenta a importância da interação de competências diversas no desenvolvimento de pesquisas sociológicas. Para ele, a sofisticação nos procedimentos ocorre pela interação de conhecimentos heterogêneos, ou seja, evoca o profissional ao desenvolvimento de outras competências que qualificarão e complementarão seu saber específico. Para o autor, as informações não são estáticas e carecem de "[…] tratamento relacional das informações. O evento da análise implica em procedimentos mais sofisticados, que exige conhecimento acumulado, sagacidade tática e estratégica e domínio do problema em questão" (p. 27).

Para Sposati (2009),

> Alguns consideram que a proteção social não contributiva é necessária porque as pessoas são pobres; e a pobreza é que gera a desproteção. Seguramente, a pobreza agrava as vulnerabilidades, os riscos e as fragilidades, mas não significa que todas as vulnerabilidades, riscos e fragilidades existam por causa da pobreza (p.28).

Existem as ambivalências de configuração de riscos, como destaca Sposati (2009), se por um lado a família é sinônimo de proteção, poderá ser considerada de desproteção ao estar desempregada ou pela falta de recursos materiais, por exemplo. Por outro lado, quando os membros estiverem empregados e um ente necessitar de cuidados faltarão pessoas para cuidar, pois estarão cumprindo suas obrigações trabalhistas e não cumprirão o papel familiar protetivo. A família se torna, portanto, um ambiente desprotegido pela falta do recurso humano. Assim, a mesma família pode assumir diferentes posições no desempenho de seu papel protetivo. Isso evidencia que os riscos se configuram no cotidiano das pessoas e nas relações estabelecidas por elas. “E o motivo que eles vêm pra cá [...] eu percebo que é bastante a questão da saúde, a questão do envelhecimento, a dependência, a falta de cuidador, porque hoje em dia todo mundo trabalha” (Francisca).

Compreender o conceito de insuficiência familiar nos evoca à compreensão do conceito de família. No entanto, este conceito tem se metamorfoseado nas últimas décadas, mobilizando diferentes atores sociais e provocando interpretações controversas. Uma das correntes epistemológicas é considerar a família como um conjunto de pessoas que convivem e que podem estar ligadas por laços sanguíneos ou não. Nesta tendência, para a Política Nacional de Assistência Social, a família é entendida como núcleo de apoio onde as relações de proteção são estabelecidas (SPOSATI, 2009). Entretanto, nesse mesmo núcleo, podem ocorrer a manifestação de diferentes formas de violências, perpetradas por pessoas com proximidade consanguínea ou afetiva. Nesse sentido ambíguo, a família é compreendida como uma unidade (*locus*) onde é possível identificar as fragilidades (materiais e subjetivas) e as potencialidades para superação de situações de vulnerabilidade, por exemplo.

Retomando o termo insuficiência familiar, Moraes (2012) aponta que ele foi incluído no *ranking* das grandes síndromes geriátricas (gigantes geriátricos). Esta relação foi cunhada em 1965 pelo médico escocês John Bernard Isaacs[28] ao identificar condições que interferiam na autonomia e independência das pessoas idosas, ele elencou inicialmente 4

28 1924-1995.

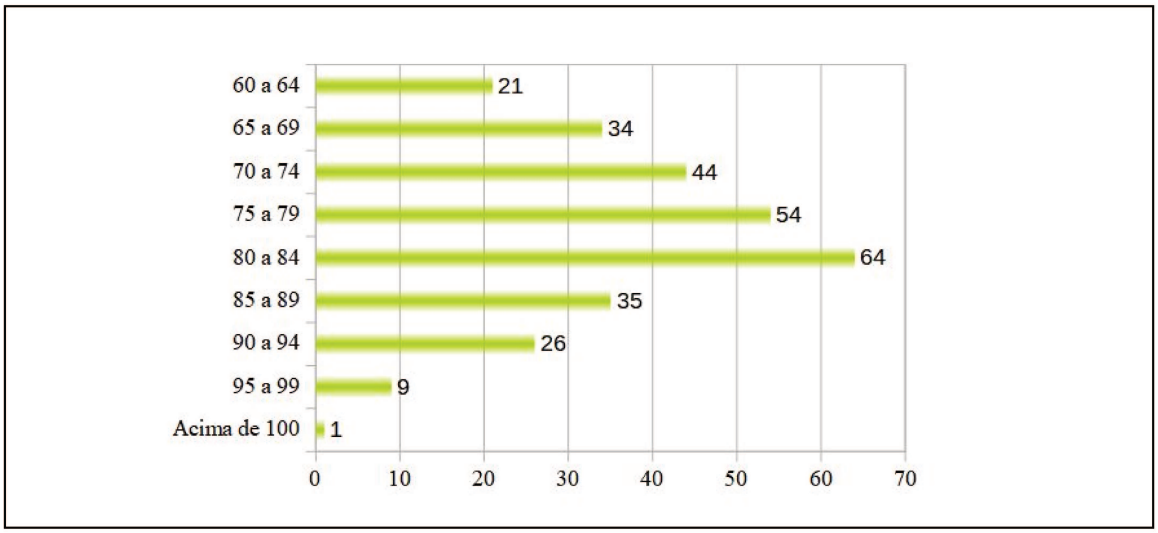
síndromes, a saber, a incapacidade cognitiva, a instabilidade postural, a imobilidade e a incontinência e com o passar do tempo, ele mesmo incluiu a iatrogenia.

Seguindo o conceito de bem-estar biopsicossocial-cultural-espiritual, estabelecido pela Organização Mundial da Saúde, a avaliação do idoso deve considerar seu bem-estar integral e sua capacidade de administrar a própria vida e regular-se sozinho. Ou seja, mesmo que o indivíduo tenha uma ou mais doenças e mesmo assim, apresentar autonomia e independência nas atividades do dia a dia, ele pode ser considerado uma pessoa saudável (NUNES, 2012). Contudo, a fragilidade começará a evidenciar-se quando a mesma pessoa necessitar de rede de apoio para seus cuidados. É comum a família se organizar no início das necessidades, mas com o passar do tempo, as exigências de cuidados aumentarão e exigirão novos arranjos para a oferta de cuidados.

As narrativas das entrevistadas apontaram que o pedido que se faz para a institucionalização é permeado pela necessidade de cuidados básicos da vida diária e os cuidados em relação à saúde das pessoas idosas. Mesmo que as entrevistadas não foram explícitas e nem sempre utilizaram os termos técnicos relacionados às necessidades básicas e instrumentais da vida diária (ABVDs e AIVDs), foi possível perceber que todos os pedidos de institucionalização, relatados por elas, tiveram como pano de fundo uma necessidade não atendida em relação ao idoso, quer seja pela ausência de um cuidador, quer seja pela ineficiência de um cuidador.

Em relação à faixa etária do público atendido, os questionários apontaram que em 1 (uma) ILPI foram identificadas 2 (duas) pessoas com menos de 60 anos, uma delas foi acolhida há 24 anos e estava prestes a completar 60 anos na ocasião do preenchimento do questionário; na ocasião do acolhimento a motivação originou-se pela caridade e com o passar dos anos, a idosa desenvolveu forte vínculo institucional. O outro caso se refere a uma pessoa com Síndrome de Down que foi acolhida junto com a mãe, por determinação judicial ao considerar a necessidade de preservação dos laços materno filial, e não haver outro serviço público que pudesse atender essa necessidade. Os dois casos excepcionais são de conhecimento da gestão municipal e do Poder Judiciário. Ainda sobre a faixa etária presente nas ILPIs, observa-se uma prevalência no grupo que corresponde dos 80 a 89 anos, conforme mostra o **Gráfico 6**.

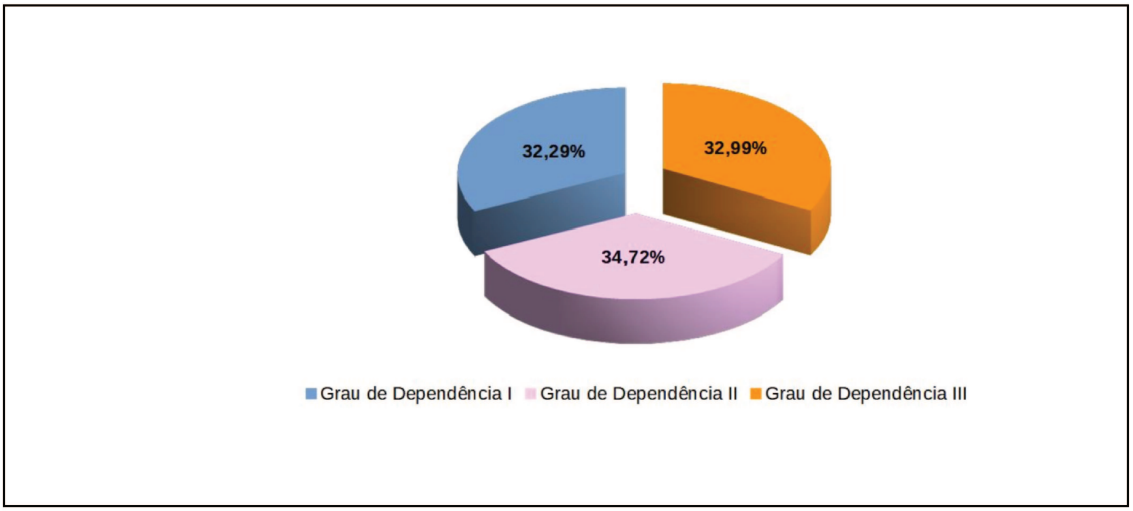
Gráfico 6 – Faixa etária das pessoas acolhidas nas ILPIs-AS.



Fonte: Elaboração própria.

No que se refere à funcionalidade ou ao grau de dependência, os questionários apontaram uma diferença interessante entre a somatória dos perfis dos idosos institucionalizados e o perfil de cada ILPIs. No **Gráfico 7**, pode ser observado certo grau de equilíbrio entre os graus de dependência I e III e a prevalência no grau de dependência II, considerando o número total de pessoas idosas acolhidas nas 9 ILPIs.

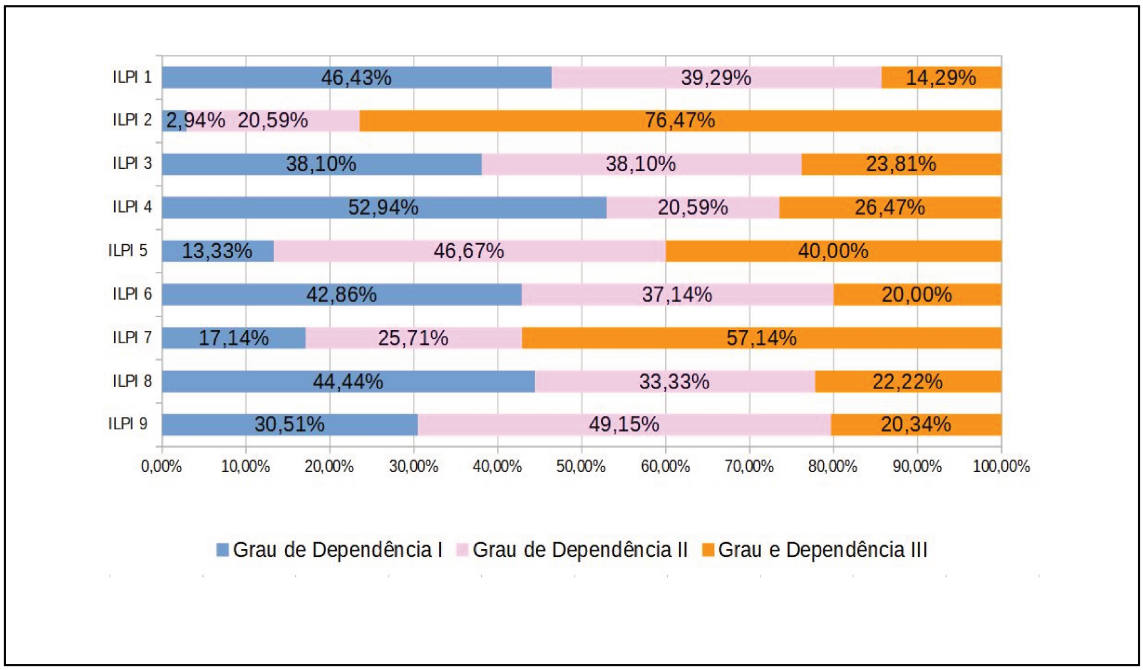
Gráfico 7 – Graus de dependência das pessoas idosas residentes nas ILPIs-AS.



Fonte: Elaboração própria.

Contudo, se os dados dos graus de dependência forem dispostos considerando cada instituição, verifica-se diferentes realidades. Esses dados podem ser verificados no **Gráfico 8**, a seguir.

Gráfico 8 – Graus de dependência das pessoas idosas em cada ILPI-AS.



Fonte: Elaboração própria.

Em 4 (quatro) ILPIs há maior concentração no grau de dependência I; em 2 (duas) delas, no grau de dependência II e nas outras 2 (duas), o grau de dependência III é superior aos demais; em 1 (uma) há a mesma quantidade idoso com Grau de dependência I e II.

A partir dessa gradação entre autônomo e não autônomo e independente-dependente, as instituições se organizam com as atividades externas e internas. Em algumas os idosos saem sozinhos e em outras, apenas acompanhados por algum profissional.

Segundo Goffman (1974) "toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo" (p. 16). O autor discorre que as instituições são mais ou menos fechadas a depender das barreiras estabelecidas entre elas e o mundo externo, essas barreiras se formam pelas proibições e se materializam nos limites físicos, como portões fechados e paredes altas, por exemplo. Para ele, instituições fechadas são instituições totais, onde os três âmbitos da vida (doméstico, lazer e trabalho) são vivenciados em um mesmo espaço. Ou seja, ficam suspensas a possibilidade do trânsito em

diferentes lugares; a socialização com diferentes pessoas, a experimentação de diferentes tipos de autoridades e a manifestação da vontade do sujeito. Ainda, propõe 5 agrupamentos de instituições totais: a) para cuidar de pessoas inofensivas (pessoas idosas e/ou com deficiência); b) para cuidar de pessoas que são ameaças à sociedade (doentes); c) para proteger a sociedade de pessoas perigosas (criminosos); d) para intensificar a realização de alguma tarefa (internatos); e) para intensificar a realidade da vocação (abadias) (GOFFMAN, 1974). No caso das ILPIs-AS pesquisadas observou-se que os limites entre elas e o *mundo* é mais pelas condições e capacidades de interação de seus residentes que pelo impedimento interno ou externo.

Nos relatos as profissionais demonstram ter o conhecimento de normativas que restringem ao atendimento dos graus I e II, por serem serviços socioassistenciais, contudo, uma delas relatou que o município, através do Edital, possibilitou a inclusão de graus III como critério de entrada. Neste caso, o contrato permite custear o pagamento do profissional da saúde para compor o quadro de recursos humanos para a prestação do serviço.

> Então, nós passamos atender grau três […] O idoso *tá* aqui, ele evolui em função de uma demência, um Alzheimer, pra uma dependência de uma sonda nasoenteral […]. Ele precisa de uma sonda, mas se ele evolui pra uma sonda eu não posso mantê-lo aqui. Pra onde ele vai? Ele não tem família. […] Então, levantou-se essa demanda, *né*, esses casos que evoluem, que faz parte do envelhecer, *né;* e a gente identificou a emergência de atender esses casos. […] Então, existem, *né*, os dois perfis, seja evolução aqui de dentro mesmo, de um idoso que passa necessitar desses cuidados intensivos, ou seja, uma demanda que já vem pra nós nessa dependência (Damares).

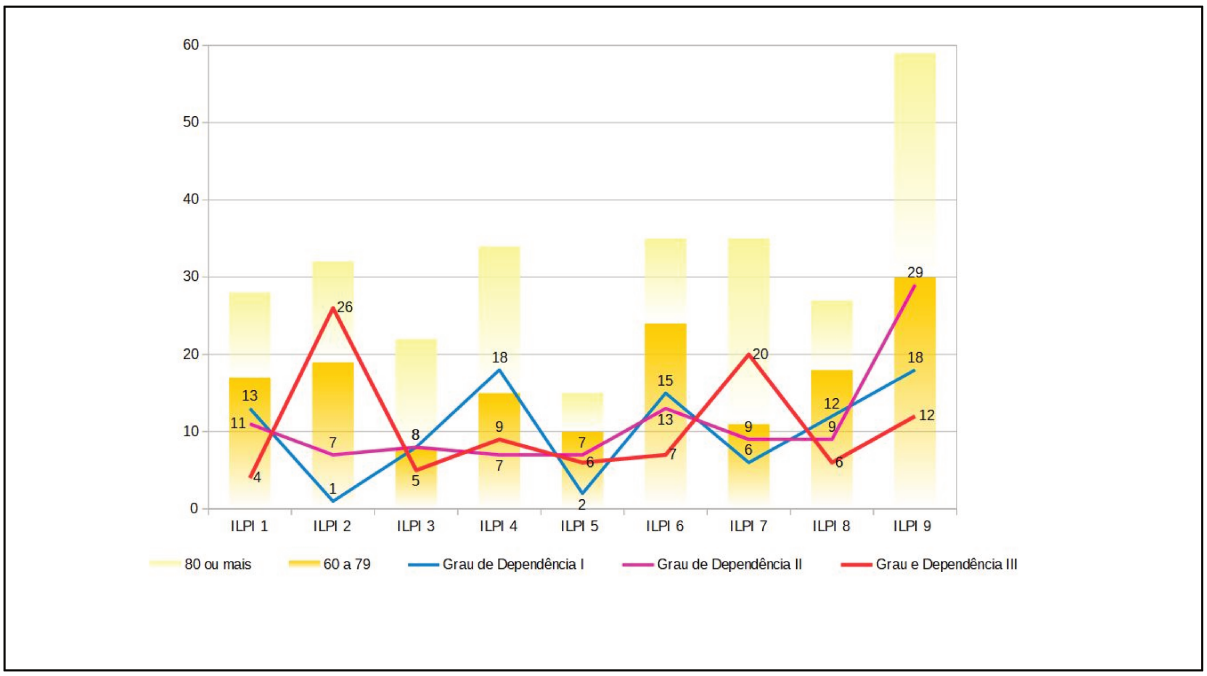
As demais entrevistadas relataram que com o passar do tempo há a evolução do grau de dependência dos idosos pelo próprio processo de fragilização da vida e por isso a instituição vai se adequando ao atendimento das pessoas com mais fragilidades. Também pontuaram as situações emblemáticas quando há o pedido feito pela gestão municipal para a inclusão de pessoas que já se apresentam em declínio funcional acentuado, esses pedidos exigem outras estratégias para o atendimento, considerando a realidade do quadro de funcionários de cada ILPI.

> Existe esse zelo, *né*, pelo CREAS de não dizer que é um grau três [...] um medo *né*, de que a gente não vá aceitar, *tal* [...] mas quando a gente vai fazer a avaliação, se ele é um grau dois, é um grau dois pra um mês, um mês e pouco ele já virou grau três (Felícia).

No **Gráfico 9**, os longevos, ou seja, as pessoas com mais de 80 anos estão posicionadas acima, na coluna, para facilitar a identificação. Nesse gráfico, pode-se observar

que nem sempre a dependência mais severa origina-se pela idade mais elevada. Neste Gráfico também se evidencia a importância do olhar para o conjunto das ILPIs-AS e para cada uma delas, considerando as singularidades das instituições.

Gráfico 9 – Relação da faixa etária dos residentes e dos graus de dependência em cada ILPI-AS.



Fonte: Elaboração própria.

As entrevistadas reconheceram os limites de atuação e a necessidade de formar parcerias com médicos e enfermeiros voluntários; estabelecer maior proximidade e diálogo com a política pública de Saúde, considerando os serviços de atenção básica, ofertados no território pelos Centros de Saúde ou os especializados oferecidos nas Policlínicas ou nos Hospitais, e na sensibilização da sociedade para campanhas de arrecadação de dinheiro para pagamento de algum procedimento ou medicamento que não é oferecido pelo SUS.

> […] a verba que a gente recebe é só para pagar os profissionais da Assistência. […] os profissionais que são da Saúde […] tem que ser com a contrapartida do Lar […] e hoje a gente tá vivendo um momento muito difícil financeiramente dizendo. Inclusive […] ontem eu precisei desligar uma enfermeira porque a gente não tem condições de pagar o salário dela. […] a gente recebe doações de pessoas físicas, pessoas jurídicas […] nós temos um pequeno *telemarketing*, mas mesmo o pequeno *telemarketing* que antes […] a gente tinha uma doação de cem por cento, hoje caiu *pra* cinquenta por cento, trinta por cento. As doações estão muito em baixa (Antonia).

> Porque o idoso, ele facilmente sai do dois e vai pro três, *né*? Então *aí* ele fica grau três dentro da residência [referindo-se à ILPI]. […] nós temos uma enfermaria, *né*? Então, ficou acamado, ou pode ser por tempo determinado, por alguma cirurgia, por uma queda, eles vão pra lá e *aí* tem a atenção mais integral, *né*, porque fica próximo ao Posto de Enfermagem. […] eles vão ser mais dependentes da equipe de enfermagem, *né*? Então o custo deles fica maior por conta disso; porque precisa de mais fraldas, alguns começam a utilizar mais medicamentos, nem todos são dados pela rede pública, *né* […] E a gente vai tentando através de doações (Judith).

> […] a gente tem que aproximar o máximo que a gente pode esse espaço da casa de um idoso. Então como é que a gente faz a nossa avaliação, se é perfil ou não? Além de passar pelo cunho da Gestão *né*, a gente avalia e faz uma analogia assim: 'Dá *pra* se cuidar em casa?'. Se dá *pra* se cuidar em casa, dá pra cuidar aqui no Abrigo. Se não dá pra cuidar em casa, não dá pra cuidar aqui no Abrigo! […] teve um idoso que ele, ele tinha disfagia e ele teve que […] introduzir sonda nasoenteral; nós contratamos cuidadores, não contratamos técnicos de enfermagem. Então, a nossa geriatra encaminhou *pro* Pronto Socorro, o Pronto Socorro encaminhou *pro* Hospital […] ele ficou mais de oito meses hospitalizado! Então quando é uma coisa assim […] maior, voltada pra saúde ele começa a residir num Hospital (Lourdes).

Com a categorização da tríade instituição-profissionais-público atendido, buscou-se discutir os elementos que a envolve e a dinâmica que se estabelece entre ela e os demais atores sociais.

Para sintetizar as discussões anteriores, buscou-se evidenciar a dinâmica encontrada nas ILPI-AS pesquisadas (**Figura 5**), considerando que no mesmo espaço existem níveis de cuidados, mais ou menos intensos, a depender do perfil do idoso.

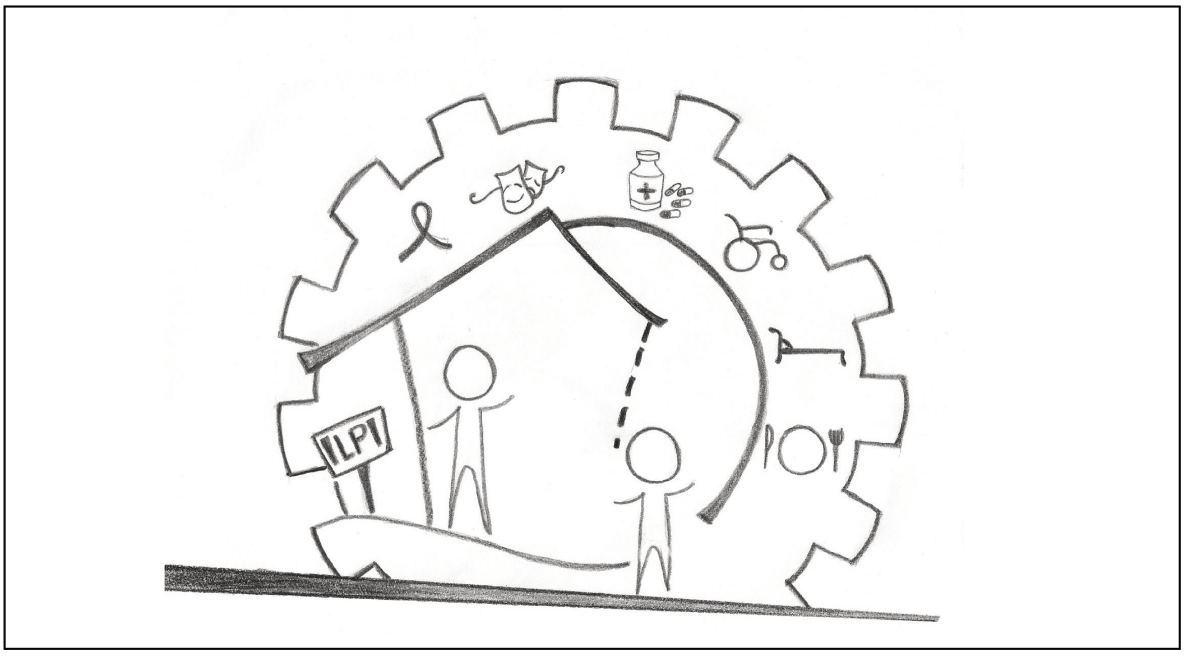


Figura 5 – Constituição de uma ILPI-AS.
Fonte: Elaboração própria.

A **Figura 5** ilustra que a ILPI-AS pode ser considerada um núcleo de proteção coletiva a idosos que apresentam diferentes necessidades biopsicossocial. A estrutura física e organizacional da instituição deve garantir os direitos dos idosos através de recursos materiais adequados e pessoal capacitado. Esse núcleo pode ser mais ou menos interativo com outros atores sociais, pois a interação surgirá das necessidades de cada realidade institucional (características dos idosos) e das possibilidades disponíveis no território que está inserido. Segundo Feuerwerker (2001), para que uma cadeia de cuidados seja efetivada é necessário fazer arranjos com diferentes tipos de cuidados; no caso dessas instituições, podem ser arranjos internos e externos. Para a autora, os cuidados são produzidos no cotidiano e deve considerar o grau de sofrimento da pessoa atendida, por isso a gestão dever estar atenta e atualizada quanto aos recursos disponíveis. As combinações com diferentes serviços e ações favorece a integralidade da proteção, proposta pelo Estatuto do Idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de cuidado a pessoas idosas com alguma dependência não é recente; o que é recente é a visibilidade que essa realidade tem demonstrado. Essa visibilidade é provocada pelo aumento na expectativa de vida e portanto no aumento do número de pessoas idosas. Associado a isso está a reconfiguração dos arranjos familiares, especialmente pela redução do número de filhos e pelo ingresso da mulher no mercado de trabalho. Culturalmente construída e naturalizada, a prestação desses cuidados ocorria no ambiente doméstico (casa) e era ofertada pelas mulheres que lá estavam (família), portanto tanto o *lócus* quanto o *vínculo* já eram conhecidos pela pessoa cuidada e pela pessoa que cuidava.

Quando não eram possíveis esses arranjos familiares, ficava velado ou evidenciado o abandono familiar. No primeiro caso, o abandono se dava pelo isolamento do idoso em algum cômodo da casa (*lócus* e sujeitos conhecidos), mas sem os cuidados necessários, e no segundo caso, pela retirada desse familiar da casa e inserção em alguma instituição (*lócus* e sujeitos desconhecidos). Em ambos os casos a autonomia da família na escolha da solução era inquestionável por terceiros, especialmente, pela inexistência de outras alternativas de solução, ou seja, ou o idoso era cuidado pela família ou era abandonado por ela. Em outras palavras, a família era vista como boa, por que cuidava ou a família era vista como má, por que abandonava. Ou ainda, o idoso era abandonado por que mereceu ou, inversamente, não merecia ser abandonado.

Essa dicotomia moralista foi colocada em xeque pelas novas configurações familiares e pela absorção desse problema pela agenda pública governamental. Ou seja, a necessidade de cuidados do idoso deixa de ser apenas uma questão familiar e passa a ser uma questão pública, considerando a perspectiva histórica que colocou em pauta a Declaração Universal dos Direitos Humanos e, abriu campo para novos tratados internacionais sobre a sensibilização de temas das minorias, incluindo a velhice. No Brasil, com o advento das políticas públicas sociais e com a promulgação do Estatuto do Idoso, a pessoa com 60 anos ou mais recebe o *status* de sujeito de direitos exigindo novas respostas do Estado e da família.

A transição demográfica brasileira tem ocorrido na metade do tempo que ocorreu nos países desenvolvidos e esse fato mobiliza diferentes atores políticos e promove diferentes disputas. Na área trabalhista, por exemplo, há o debate sobre a regulamentação da profissão do cuidador de idosos, sendo que é a ocupação que mais cresce nos últimos anos e, por outro

lado, há a resistência da categoria dos profissionais da Enfermagem que temem reduzir seu campo de ocupação. Enquanto isso, a população sem os recursos financeiros para contratar cuidadores particulares, demanda do Estado a resposta para esses cuidados.

Na esteira do fortalecimento do Estado Democrático de Direitos, especialmente com o reconhecimento da Assistência Social como política de seguridade social não contributiva, alguns avanços foram alcançados como alternativa de cuidados aos idosos, tanto no campo da promoção, prevenção e proteção.

Nesse sentido, Instituições de Longa Permanência para Idosos vêm ganhando visibilidade social como resposta às demandas de cuidados às pessoas idosas. As ILPIs são apropriadas pelo mercado como prestadoras de serviços privados e pelo Estado, como direito do cidadão. Se antigamente os espaços destinados para receber essas pessoas assumiam o nome de *asilos* e para cumprir a função de *asilar* localizavam-se distantes do convívio social, hoje apresentam-se de forma diferente ao serem incluídos na agenda pública governamental. No entanto, ainda que estejam tipificadas como serviço da Política de Assistência Social, qualificadas com quadro de RH específico e desvinculada do caráter assistencialista e confessional, elas demonstram uma identidade híbrida, pois mesclam diferentes elementos e atendem a diferentes necessidades, como habitação, assistência social, saúde, lazer. Ainda, ora são consideradas instituições, ora denominadas de lares ou residências.

Ao pesquisar como essas ILPIs-AS garantem os cuidados aos idosos, foi possível perceber que embora as diretrizes da política apontam para a padronização nacional do Sistema Único de Assistência Social há fragilidades da compreensão dos sujeitos (profissionais e usuários) sobre tal serviço público, a depender das características territoriais e culturais onde estão inseridos. O que pode justificar o fato de alguns profissionais não conseguirem associar o termo Instituição de Longa Permanência para Idosos a *Asilos*, ou pela dificuldade em reconhecer se a instituição é ou não executora de política da Assistência Social. Conforme a primeira parte deste trabalho mostrou, pode existir um viés histórico-cultural em relação ao uso dos conceitos que cumprem com a função de comunicar e no caso da definição de A*silo,* que é uma instituição secular, o termo ainda traz consigo a conotação de um lugar onde *vivem os idosos desamparados*. Assim, também foi perceptível a fragilidade da compreensão política, pois algumas pessoas que ofereceram informações para a identificação das ILPIs-AS, associaram essas instituições às obras de caridade em detrimento à oferta de serviços enquanto direito social.

Conforme foi observado nas falas das entrevistadas, elas confirmaram o que Sposati (2009) e Secchi (2015) apontam sobre o modelo brasileiro de proteção social, como ainda está em processo de construção e a territorialidade influencia a concretização das políticas e é a partir dos sujeitos que se aproximam com seus próprios conhecimentos ou são aproximados das diretrizes das políticas e são eles, os sujeitos, que as ressignificam através do entendimento sobre o que é um serviço oferecido por uma política pública, e as práticas informais, assistencialistas e de caridade.

Ficou comprovado que as ILPIs-AS estão inseridas na sociedade como alternativa de cuidado qualificada pela profissionalização da equipe e pelas fiscalizações dos Órgãos Públicos. Por sua natureza mista, ou seja, filantrópica e pública, rompem com algumas características que as instituições asilares de outrora apresentavam, como o isolamento territorial com vistas ao esquecimento de seus residentes. Pelo contrário, ao serem inseridas nos espaços como os conselhos municipais, lhes são exigidos indicadores que contribuem na pauta das políticas públicas de proteção à velhice. Se por um lado essas características são importantes para consolidação de serviço público de qualidade, por outro aponta a necessidade da continuidade desses serviços, que são garantidos em Lei, bem como a garantia de orçamento público para isso.

Entretanto, ao contrário do que ocorreu nas décadas de 1990 e 2000, em que o cenário político e econômico brasileiro convergiam com o aumento da proteção social, atualmente há um retrocesso com a opção por um modelo político e econômico neoliberal, beirando ao extremismo. Em 2016, foi aprovada pelo Congresso Nacional Brasileiro o Projeto de Lei, convertida em Emenda Constitucional nº 95, limitou (ou congelou) os gastos públicos por 20 anos. Essa Emenda impactou negativamente a as políticas sociais, pois, ao que tange esta pesquisa, a garantia de cuidados envolve diferentes elementos, de natureza material e imaterial.

No caso dos cuidados aos idosos, o Estado deve garantir orçamento para que as estruturas física e profissional sejam adequadas e, como visto anteriormente o custo para manter uma ILPI-AS é alto e está em constante modificação, considerando as alterações das necessidades de cada idoso. Outro Projeto de Lei Federal que ainda tramita e que impactará diretamente na população idosa é a Reforma da Previdência Social que pretende alterar o tempo de contribuição e a idade para a conquista da aposentadoria. Essa reforma também propõe alteração no Benefício de prestação Continuada (BPC), com redução do valor e

alterações na idade para pedido do benefício. Com isso, a vulnerabilidade social tende a intensificar, especialmente nos casos dos mais frágeis.

Embora não seja possível dissociar o contexto macro e micro, cabe destacar alguns fatores presentes nas dinâmicas das ILPIs-AS pesquisadas. O primeiro fato que foi observado e apontado também pela literatura, é que as instituições tentam oferecer aos residentes um espaço em que se reproduz a vida em família, criando ambientes mais leves como uma forma de mitigar os efeitos do abandono, sentimento vivenciado pelos residentes e relatado pelas profissionais. Nessa perspectiva, valores como paciência, respeito, afetividade e empatia foram valorizados pelas profissionais pesquisadas para que, além da oferta dos cuidados necessários, seja criada uma cultura de bem-estar no convívio entre os residentes e os profissionais.

Além das relações construídas internamente, cada instituição tem uma rotina e estabelece uma agenda para relacionar-se com a comunidade através de eventos que cumprem com, pelo menos, dois objetivos principais: i) arrecadar dinheiro ou materiais de uso contínuo para complementar as receitas, sendo que o valor do repasse do Poder Público é insuficiente para manter os gastos com o funcionamento, e ii) reduzir os limites físicos entre a comunidade e a instituição e, consequentemente possibilitar a convivência entre os residentes e outras pessoas (familiares, amigos, vizinhos ou qualquer cidadão).

Quanto ao perfil do público atendido nessas ILPIs-AS, são pessoas que apresentam diversas vulnerabilidades tanto pessoais como sociais. Dentro destas, falta de moradia, de alimento e de medicação, bem como a falta de apoio ou de responsabilização de alguém mais próximo para a manutenção dos cuidados do dia a dia, além da saúde e de vínculos afetivos/familiares frágeis. O que vai de encontro com as regras estabelecidas pelo serviço de acolhimento institucional que aponta que o público atendido deverá ser composto por “indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral” (MDS, 2013, p.44). A insuficiência familiar demonstrou-se um conceito complexo, considerando a pluralidade das relações familiares que são estabelecidas, ou não, ao longo da vida.

Em relação ao quadro de profissionais foi verificado que há 90% de profissionais mulheres, o que mostra historicamente a continuidade do cuidado atribuído ao feminino. Mesmo os avanços e as transformações ocorridas nos últimos tempos nas diferentes áreas profissionais, as mulheres ainda são responsabilizadas pela assistência. Fato corroborado nas

equipes das 9 instituições pesquisadas, todas as coordenações são mulheres, de diferentes áreas de formação. Portanto, a institucionalização, enquanto processo de adequação da pessoa idosa à realidade institucional, para garantia de cuidados de longa duração, se configura, predominante, com a presença de profissionais mulheres.

Nas análises dos novos arranjos familiares, a mulher rompeu com a exclusividade da dedicação aos afazeres domésticos para ocupar-se com o mercado de trabalho (formal e informal). Mesmo que exerça atividade externa e remunerada, a construção social e a associação do cuidado ao universo feminino ainda é presente e está concatenada pelas características atribuídas a elas, como afetividade, paciência, dedicação e empatia, por exemplo. Algumas das entrevistadas verbalizaram que, não raro, projetam seus sentimentos, originados na relação com algum familiar, naquela pessoa que está cuidando ou convivendo no ambiente de trabalho.

Quanto à manutenção da instituição em relação aos gastos com salários, serviços básicos, aluguel, transporte, material de escritório, alimentação, medicamentos as entrevistadas apontam que os recursos que são repassados pelo município e o 70% da renda dos idosos não são suficientes para o funcionamento das instituições o que exige que as profissionais responsáveis pela gestão identifiquem estratégias para captação de recursos, envolvendo a Diretoria, os funcionários e a comunidade, como apontado anteriormente.

Em relação à demanda, foram unânimes ao apontar que existe uma fila de espera para a institucionalização e que a vacância de leitos só acontece após óbito do residente. Estas instituições ao mesmo tempo são espaços de preservação da dignidade da vida e de finitude da vida. O tempo que os leitos ficam vagos depende do tempo que os profissionais ou familiares levam para providenciar as exigências oriundas dos protocolos para a institucionalização.

Finalmente, percebeu-se que das diversas realidades encontradas nas ILPS-AS, cada gestora encontra suas próprias estratégias para o manejo das necessidades e demandas dos idosos, bem como as possibilidades legais e financeiras das instituições.

A ILPI é classificada pela Política de Assistência Social como um serviço de Alta Complexidade, e tem o objetivo de garantir proteção integral à alta vulnerabilidade humana que se materializa na pessoa idosa pela dependência de cuidados de terceiros, agravada pela falta de rede de apoio familiar. Para tanto, para cumprir com tal objetivo, o Estado recorre a estas Organizações da Sociedade Civil que oferecem sua estrutura física e recursos humanos com algum financiamento. No entanto, estas organizações para sua manutenção requerem da

articulação com diferentes políticas públicas, bem como parcerias com o setor privado e com a comunidade, formando uma cadeia mista, interdependente, entre diferentes atores sociais para a garantia de cuidados e proteção às pessoas idosas com alguma dependência e cuja rede familiar é insuficiente.

REFERÊNCIAS

ALVES, José Eustáquio Diniz; VASCONCELOS, Daniel de Santana; CARVALHO, Angelita Alves de. **Estrutura etária, bônus demográfico e população economicamente ativa no Brasil**: cenários de longo prazo e suas implicações para o mercado de trabalho. Brasília: CEPAL. Escritório no Brasil/IPEA, 2010. (Textos para Discussão CEPAL-IPEA, 10). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1528.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2019.

ANSA. AGÊNCIA ANSA SOCIETÁ COOPERATIVA. **Itália muda conceito de idoso para 75 anos**: sociedade anunciou mudança de conceito. Disponível em <http://ansabrasil.com.br/brasil/noticias/italianos/noticias/2018/11/30/italia-muda-conceito-de-idoso-para-75-anos_b7d631f2-61bf-49f7-89f8-3deba9d2bdec.html>. Acesso em: 05 jan. 2019.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005**. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/legislacao/?inheritRedirect=true#/visualizar/27647>. Acesso em: 26 jan. 2018.

ARAÚJO, Isabel; PAUL, Constança; MARTINS, Manuela. Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. **Revista Enfermagem em Referência**, Coimbra, v. ser III, n. 2, p. 45-53, dez. 2010. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 17 jan. 2019.

ARIÉS, PHILIPPE. **História social da criança e da família**. Tradução de Dora Flaksman. 2ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2014.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria, REZENDE Mônica. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, Rubens Araujo, BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Caminhos para análises das políticas públicas de saúde.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 3ª reimpressão. Ed. rev. e ampl. São Paulo, SP: Edições 70, 2016.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Martins. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BOBBIO, Norberto. **Estado, Governo, Sociedade:** para uma teoria geral da política. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

BOTH, Agostinho. Longevidade e educação: fundamentos e práticas. In: FREITAS, Elisabete Viana (co-autoria). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006, p. 1446-1455.

BRASIL. **Constituição Federal do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 13 jul. 2018.

_____. **Lei nº 8.742, de 7 de Dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm>. Acesso em: 13 jul. 2018.

_____. **Lei nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, Cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 03 jan. 2018.

_____. **Lei nº 9.782, de 26 de Janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=03/10/2003&jornal=1&pagina=6&totalArquivos=192>. Acesso em: 03 jan. 2018.

_____. **Lei Federal nº 10.046, de 10 de Janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm>. Acesso em: 24 jan. 2019.

_____. **Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 03 de Outubro de 2003, p.1-6. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=03/10/2003&jornal=1&pagina=6&totalArquivos=192>. Acesso em: 03 jan. 2018.

_____. Lei Federal 12.213, de de 2010. Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do imposto de tenda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso; e altera a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12213.htm >. Acesso em: 20 jan. 2019.

_____. **Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa**. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria MS/GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS, 2006. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria_2528.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.

_____. **Monitoramento dos Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa**. Secretaria da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Boletim No 1 (Jan a Abr/2008). Disponível em: <http://gerontologia.org/portal/archivosUpload/2008_OBSERVATORIO_boletim_1.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2016.

_____. **Projeto de Lei nº 4702/2012**. Que dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa e dá outras providências. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=559429>. Acesso em: 07 jul. 2017.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 9, de 15 de Abril de 2014**: Ratifica e reconhece as ocupações e as áreas de ocupações profissionais de ensino médio e fundamental do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, em consonância com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOB-RH/SUAS. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2014/resolucoes-cnas-2014/>. Acesso em: 07 jul. 2018.

_____. Presidência da República. **Entenda o MROSC:** Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil: Lei 13.019/2014 Secretaria de Governo da Presidência da República,

Brasília, 2016.

_____. **Lei n° 13.466, de 12 de Julho de 2017**. Altera os arts. 3o, 15 e 71 da Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13466.htm#art2>. Acesso em: 14 jul. 2017.

CAMARANO, Ana Amélia; BARBOSA, Pâmela. Instituição de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está se falando? In: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina (Org.). **Política nacional do idoso**: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

CAMARANO, Ana Amélia. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, Elizabete Viana de Freitas (Co-autoria). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 76-101.

CAMPOS, Luiz Augusto. **Multiculturalismo:** essencialismo e antiessencialismo em Kymlicka, Young e Pareck. Sociologias: Porto Alegre, ano 18, no 42, mai/ago 2016, p. 266-293.

CDPS. COORDENADORIA DE DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS DE SAÚDE. **Caderno de Violência contra a Pessoa Idosa**: Orientações Gerais. Secretaria Municipal de Saúde: São Paulo, 2007. Disponível em: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/12/CADERNO-DE-VIOLENCIA.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2019.

CIOSAK, Suely Itsuko; BRAZ, Elizabeth; COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves A.; NAKANO, Nelize Gonçalves Rosa; RODRIGUES, Juliana; ALENCAR, Rubia Aguiar; ROCHA; Ana Carolina A. Leandro da. **Senescência e senilidade**: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol.45, n.spe2, pp.1763-1768, 2011.

CISNE, Mirla. **A "feminização" da assistência social**: apontamentos históricos para uma análise de gênero. II Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís – MA, agosto 2007. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoD/6912b8f5264e3ab9992bMIRLA_CISNE.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2019.

CUNHA, Gilson Luis da. Mecanismos biológicos do envelhecimento. In: FREITAS, Elizabete Viana de Freitas (Co-autoria). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 76-101.

DEBERT. Gita Grin. **A Reinvenção da velhice**: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1999.

DEBERT, Guita Grin. **Arenas de conflitos em torno do cuidado**. Tempo Social, revista de sociologia da USP, v. 26, n. 1, p. 35-45, 2014.

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese**. Tradução: Gilson Cesar Cardoso de Souza. 21. ed. São Paulo, SP: Perspectiva, 2008. ISBN 9788527300797.

EMPLASA - EMPRESA PAULISTA DE PLANEJAMENTO METROPOLITANO S/A. **Banco de dados**. Disponível em: <https://www.emplasa.sp.gov.br/>. Acesso em: 18 jul. 2018.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Desafios de cuidar em Serviço Social**: uma perspectiva crítica. Revista Katálysis, Florianópolis, p. 83-100, jun. 2013. ISSN 1982-0259. Disponível

em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/S1414-49802013000300006>. Acesso em: 18 jul. 2018.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; GARCIA, Telma Ribeiro. **Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2009, jan-fev, p. 57-63.

FERREIRA, Estela da Silva. **NOB-RH Anotada e Comentada.** Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: Brasília, 2011.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **A cadeia do cuidado em saúde.** In: Marins JJ, organizador. **Educação, Saúde e Gestão**. Rio de Janeiro, São Paulo: ABEM, Hucitec; 2011, p. 99-113.

FREITAS, Elizabete Viana de Freitas (Co-autoria). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FREITAS, Elisabete Viana; MIRANDA, Roberto Dischinger. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: FREITAS, Elizabete Viana de Freitas (Co-autoria). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 900-909.

FREY, Klaus. **Políticas públicas**: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Planejamento e políticas públicas, Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), n. 21, p. 211-259, jun 2000.

GOFFMAN, Ervin. Manicômios, prisões e conventos. Editora Perspectiva: São Paulo, 1974.

GOHN, Maria da Glória (org.). **Movimentos sociais no início do século XXI**: antigos e novos atores sociais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2016.

GUARIENTO, Maria Elena; NERI, Anita Liberalesso, FATTORI, André e PEREIRA, Alexandre Alves. Pesquisa em Gerontologia. In: FREITAS, Elizabete Viana de Freitas (Co-autoria). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 209-216.

HEDLER, Helga Cristina; FALEIROS, Vicente de Paula; SANTOS, Marlene de Jesus Silva and ALMEIDA, Maria Aparecida de Araújo. **Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso.** Rev. katálysis[online], 2016, vol.19, n.1, pp.143-153. ISSN 1414-4980. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-49802016.00100015>. Acesso em: 18 jan. 2019.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Banco de dados.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 15 jun. 2018.

_____. **Mudanças Demográficas no Brasil no início do século XXI**: subsídios para as projeções das populações. IBGE: Rio de Janeiro, 2015.

_____. S**íntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2016. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

JOSÉ, São José; WALL, Karin. **Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas:** Reflexividade e Acção, Atelier: Famílias. Portugal:

2004, p. 65-72.

KINGDON, John. Como chega a hora de uma ideia? In: SARAIVA, Henrique. FERRAREZI, Elizabete. **Políticas públicas**, vol. 1. 2007, p 219-245.

LAFER, Celso. A autoridade de Norberto Bobbio. Prefácio à Edição Brasileira. In: BOBBIO, Norberto. **O tempo da memória**. Rio de Janeiro: Campos, 1997.

LEITE, Ângela Roberta Lucas; ARAÚJO, Maria do Socorro Souza de. **Significados da velhice para quem envelhece(u).** Revista Temporalis, Brasília, ano 17, n. 33, jan./jun. 2017, p.193-210.

LIMA, Gilson. **A dupla competência sociológica**: sociologia e informática nas ciências sociais brasileiras – uma rápida discussão dos resultados da pesquisa realizada. Revista Ciência em Movimento, Ano XI, nº 22, 2009. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ipa/index.php/EDH/article/view/113>. Acesso em: 24 jan. 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.15602/1983-9480/cmedh.v11n22p19-33.

LOCATELLI, Patrícia Augusta Pospichil Chaves; OLIVEIRA, Josiane Silva de; CAVEDON, Neusa Rolita. A Construção do Sentido de Envelhecimento para os Assistentes Sociais: uma abordagem contextualista das emoções a partir do cotidiano de trabalho. **Revista de Ciências da Administração**, Florianópolis, p. 77 - 92, abr. 2014. ISSN 2175-8077. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/2175-8077.2014v16n38p77>. Acesso em: 22 jan. 2019. doi:https://doi.org/10.5007/2175-8077.2014v16n38p77.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do Trabalho Científico**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MDS - MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2009.

_____. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília: MDS, 2013, reimpressão 2014. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2018.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional.** Revista Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003. Disponível em: <http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?bib=SAUDEDEBATE&pesq=Titulo%20do%20Artigo:%20POR%20UMA%20COMPOSIcaO%20TeCNICA%20DO%20TRABALHO%20EM%20SAuDE>. Acesso em: 15 jun. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2016.

MORAES, Edgar Nunes; MARINO, Marina Campos de Abreu; SANTOS, Rodrigo Ribeiro. Principais síndromes geriátricas. Revista Médica de Minas Gerais, 2010; 20(1), p. 54-6. < http://rmmg.org/Sumario/34>. Acesso em: 03 jun. 2019.

MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOTTA, Alda Brito. Visão antropológica do envelhecimento. In: FREITAS, Elizabete Viana de Freitas (Co-autoria). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 78-87. DOI: 10.5433/2176-6665.2012v17n2p9.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de atenção Básica**: envelhecimento e saúde da pessoa idosa. nº 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

MTE - MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Classificação Brasileira de Ocupações: Códigos, Títulos e Descrições**. 3a ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010. v. 1. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/observatoriosocial/files/2014/09/CBO-Livro-1.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

NERI, Anita Liberalesso. Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In: FREITAS, Elisabete Viana (co-autoria). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013, p. 102-118.

OIT - ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Organización Internacional del Trabajo.** Perspectivas Sociales y del empleo em el mundo. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_540901.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2017.

OLIVEIRA, Bernadete, CONCONE, Maria Helena Villas Boas, LODOVICI, Flaminia Manzano Moreira, LOPES, Ruth Gelehrterda Costa, CÔRTE, Beltrina. **Quem cuidará de nós em 2030?**: Prospecção e consenso na Região Metropolitana de São Paulo. Estudos Interdisciplinares sobre envelhecimento: Porto Alegre, vol. 21, n.1, p. 11-34, 2016. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/49469/40710>. Acesso em: 15 jul. 2018. ISSN: 2316-2171.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Banco de dados**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/>. Acesso em: 15 jul. 2018.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração nº 217:** A [III] da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 10/12/1948. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos/declaracao-universal-dos-direitos-humanos.html>. Acesso em: 14 jun. 2017.

_____. **Resolution Adoptade on the reports of the Third Committee**: 33/52, World Assembly on the Elderly, 84th plenary meeting, 14 de December de 1978. Disponível em: <http://www.un.org/documents/ga/res/33/ares33r52.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2018.

_____. **Plano de ação internacional sobre envelhecimento**. Tradução de Arlene Santos. Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2019.

_____. **World Population Prospects**: The 2017 Revision Key Findings and Advance Tables. New York: Department of Economic and Social Affairs, 2017. Disponível em: <https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/wpp2017_keyfindings.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2018.

_____. **A ONU e as pessoas idosas**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>. Acesso em: 02 jan. 2018.

PAPALÉO NETTO, Matheus. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, Elizabete Viana de Freitas (Co-autoria). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p.3-12.

PAZ, Serafim Fortes; GOLDMAN, Sara Nigri. O Estatuto do Idoso. In: FREITAS, Elizabete Viana de Freitas (Co-autoria). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2006, p. 1402-1410.

PEDREIRA, Larissa Chaves; OLIVEIRA, Amanda Maria Souza. **Cuidadores de idosos dependentes no domicílio**: mudanças nas relações familiares. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2012, set-out. p. 730 – 736.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. Tradução: Almiro Piseta; Linita M. R. Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

SÃO PAULO. **Lei nº 1.866, de 4 de Dezembro de 1978**. Institui a Fundação Sistema Estadual de análise de dados SEADE. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/wp-content/uploads/2014/05/LEI-1866.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.

_____. **Lei Complementar nº 870, de 19 de Junho de 2000**. Cria a Região Metropolitana de Campinas, o Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Campinas e autoriza o Poder Executivo a instituir entidade autárquica, a constituir o Fundo de Desenvolvimento Metropolitano da Região de Campinas, e dá providências correlatas. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/2000/alteracao-lei.complementar-870-19.06.2000.html>. Acesso em: 27 mar. 2018.

SEADE - FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **Banco de dados**. Disponível em: <http://www.perfil.seade.gov.br/>. Acesso em: 26 jan. 2018.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo, SP: Cengage Learning, 2015. 168 p., il. ISBN 9788522113538.

SERAFIM, Milena Pavan; DIAS, Rafael de Brito. **Análise de Política Pública**: uma revisão da literatura. Caderno Gestão Social, V.3, nº 1, p. 121-134, jan/jun, 2012.

SILVA, Camila Valéria da; LEITE, Glauber Salomão. **Abandono afetivo inverso**: responsabilidades civil dos filhos. Revista Interfaces Científicas – Direito: Aracaju, v.6 • n.2, p. 19 – 34, Fevereiro, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/direito/article/view/4948/2661>. Acesso em: 20 jan. 2019. ISSN IMPRESSO 2316-3321. DOI – 10.17564/2316-381X.2018v6n2p19-34.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima; YASBECK, Maria Carmelita. **Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil**. Rev. Katálusis, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 102-110, jan./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414 49802014000100011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 jan. 2019.

SILVEIRA, Rodrigo Eurípedes da; SANTOS, Álvaro da Silva; SOUSA, Mariana Campos de; MONTEIRO, Taciana Silva Alves. **Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil**: perspectivas de uma década. São Paulo: Einstein, 2013; 11 (4): p. 514-520.

SIMEÃO, Sandra Fiorelli de Almeida Penteado; MARTINS, Géssika Araujo de Lima; GATTI; Marcia Aparecida Nuevo; DE-CONTI, Marta Helena Souza; DE-VITTA, Alberto; MARTA, Sara Nader. Estudo comparativo da qualidade de vida de idosos asilados e frequentadores do centro dia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3923-3934, nov.

2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103923&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.21742016.

SIQUEIRA, Renata Lopes de; BOTELHO, Maria Izabel Vieira; COELHO, France Maria Gontijo. **A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2002, vol.7, n.4, pp.899-906. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.-br/scielo.php?pid=S1413-81232002000400021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 5 jun. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S1413- 81232002000400021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA -SBGG. Instituição de Longa Permanência para Idosos: Manual de funcionamento. São Paulo: SBGG, 2004.

SOUZA, Alessandra de; PELEGRINI, Tamara dos Santos; RIBEIRO, João Henrique de Morais; PEREIRA, Daniele Sirineu; MENDES, Maria Angélica. Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. Revista Brasileira de Enfermagem, 2015, nov-dez, 68, p. 1176-1185. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1176.pdf >. Acesso em: 13 jan. 2019.

SPOSATI, Aldaíza. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome, 2009, p. 13-55.

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira; GUARIENTO, Maria Elena. **Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas**. Ciência & Saúde Coletiva, 2010., vol. 15, núm. 6, 2010, pp. 2845-2857. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil.

UNITED NATIONS – UN. **33/52 – Report of the world assembly of aging.** Disponível em: <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Resources/VIPEE-English.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2018.

VAITSMAN, Jeni. Monitoramento e avaliação de programas sociais: principais desafios. In: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome, 2009, p. 157-169.

ZELIZER, Viviana. A economia do care. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 376-391, fev. 2011. ISSN 1984-7289. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/8337>. Acesso em: 18 jul. 2018. doi:http://dx.doi.org/10.15448/1984-7289.2010.3.8337.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro para qualificação das ILPIs.

QUESTIONÁRIO PARA QUALIFICAÇÃO DAS ILPIs

1. Nome :		
2. Endereço:		
3. Informações para contato Telefone: E-mail:		
4. Tem licença da Vigilância em Saúde? sim ( ); não ( )	5. Tem inscrição no Conselho de Assistência Municipal? sim ( ); não ( )	6. Tem inscrição no Conselho Municipal do Idoso? sim ( ); não ( )
7. Executa política pública de acolhimento institucional para idosos desde: _____ 8. Tem vínculo com alguma Mantenedora: sim ( ); não ( ). 9. Se sim, qual o ano da fundação da Mantenedora? _____ 10. Nome: 11. Missão:		
12. Capacidade de atendimento:	13. Quantidade de vagas destinadas à política pública:	14. Há algum acolhimento por determinação judicial? ( ) sim; ( ) não
15. Há vagas para atendimento do público privado? ( ) sim; ( ) não Se sim, quantas?		
16. Há vagas para atendimento beneficente? ( ) sim; ( ) não Se sim, quantas?		
17. Qual é o valor do repasse per capita?	18. Qual a média de tempo de residência dos idosos na ILPI?	19. Qual o principal motivo para liberação de vagas?
20. Quantidade de pessoas que contribuem com: Aposentadoria ...[ ] Pensão ……[ ] BPC ……...[ ]	21. Há pessoas com menos de 60 anos acolhida? ( ) sim ( ) não. Se sim, qual/quais motivo(s)?	

Qualificação das pessoas idosas		
18. Dados relativos ao período:		
19. Quantidade por Sexo	20. Quantidade por Graus de dependência	21. Quantidade por faixa etária
Masculino…….. [ ] Feminino …….. [ ] Intersex* …… [ ] Há alguém auto declarado da população LGBT**? ( ) sim. Quantos? [ ] ( ) não ( ) não temos essa informação.	Grau I ……..…. [ ] Grau II ……..…. [ ] Grau III ……..…. [ ] Totalmente dependente ….[ ]	60 a 64 ……. [ ] 65 a 69 ……. [ ] 70 a 74 ……. [ ] 75 a 79 ……. [ ] 80 a 84 ……. [ ] 85 a 89 ……. [ ] 90 a 94 ……. [ ] 95 a 99 ……. [ ] acima de 100 ..…. [ ]

22. Recebem visitas de familiares (quantidade)	23. Recebem visitas de amigos (quantidade)	24. Quantidade de pessoas interditadas: [ ]	
Semanalmente ...[ ] Mensalmente ….[ ] Ocasionalmente .[ ] Não recebem …..[ ]	Semanalmente ...[ ] Mensalmente ….[ ] Ocasionalmente .[ ] Não recebem …..[ ]	Qual a relação do(a) curador(a) com a pessoa idosa?	Conjugue ...[ ] Filho(a) ... [ ] Irmão(a) ... [ ] Sobrinho(a) [ ] Amigo(a) …[ ] Outro(a) …..[ ]

Quadro de funcionários da ILPI					
25. Dados relativos ao período:					
Função	Qtde	Escolaridade	Regime de trabalho	Carga horária	Faixa salarial em SM***
			CLT [ ] RPA [ ] Voluntário [ ]		
			CLT [ ] RPA [ ] Voluntário [ ]		
			CLT [ ] RPA [ ] Voluntário [ ]		
			CLT [ ] RPA [ ] Voluntário [ ]		
			CLT [ ] RPA [ ] Voluntário [ ]		
			CLT [ ] RPA [ ] Voluntário [ ]		
			CLT [ ] RPA [ ] Voluntário [ ]		
			CLT [ ] RPA [ ] Voluntário [ ]		
			CLT [ ] RPA [ ] Voluntário [ ]		
			CLT [ ] RPA [ ] Voluntário [ ]		
			CLT [ ] RPA [ ] Voluntário [ ]		
			CLT [ ] RPA [ ] Voluntário [ ]		

			CLT [ ] RPA [ ] Voluntário [ ]		
			CLT [ ] RPA [ ] Voluntário [ ]		
			CLT [ ] RPA [ ] Voluntário [ ]		
			CLT [ ] RPA [ ] Voluntário [ ]		
			CLT [ ] RPA [ ] Voluntário [ ]		
			CLT [ ] RPA [ ] Voluntário [ ]		
			CLT [ ] RPA [ ] Voluntário [ ]		
			CLT [ ] RPA [ ] Voluntário [ ]		

* Intersex: pessoas com os dois sexos biológicos.
** Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis.
*** Salário Mínimo (vigência de 2017 – R$ 937,00).

26. Responsável pelo preenchimento das informações :
Nome:
Função:
Data:
Assinatura:

Obrigada pela sua participação!

APÊNDICE B - Roteiro para entrevista semiestruturada.

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

(perguntas abertas)

1. Sobre o Responsável Técnico ou Coordenador Técnico

   Me fala um pouco sobre sua trajetória na instituição.

2. Sobre o público atendido

   Você poderia descrever para mim o público atendido?

3. Sobre os profissionais

   Você poderia me falar sobre os profissionais que fazem parte da equipe? Quais critérios para selecioná-los? Como eles são treinados?

   Como é o trabalho da equipe, poderia descrevê-lo?

4. Como você descreveria a rede de apoio do público atendido?
5. Qual ou quais são os maiores desafios vivenciados pela equipe no atendimento a este público?

APÊNDICE C – Carta de Apresentação de Projeto de Pesquisa.

Limeira, data do envio de 2018.

A
Nome da responsável
Coordenadora Técnica
Nome da Instituição de Longa Permanência para Idosos
Endereço

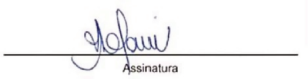
CARTA DE APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA

Na oportunidade, apresento-me como pesquisadora responsável pelo Projeto de Pesquisa **Desafios das políticas públicas no cuidado a idosos com algum grau de dependência cuja rede familiar é insuficiente,** aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNICAMP, através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) Nº 84825318.0.0000.540. A pesquisa tem como **objetivo** verificar de que forma o cuidado às pessoas idosas com alguma dependência está sendo garantidos pela Política de Assistência Social, considerando que estas pessoas idosas contam com rede familiar frágil ou inexistente. Espera-se contribuir com a formulação de novos conhecimentos sobre estratégias de execução de políticas públicas e na compreensão dos limites e desafios que a necessidade de cuidados e a insuficiência familiar da pessoa idosa têm pautado em nossos dias.

A **metodologia** a ser utilizada será de caráter qualitativo e documental. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados serão questionários para a caracterização das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e entrevistas semiestruturadas com o Responsável Técnico ou Coordenador Técnico da ILPI; os dados serão analisados tendo como base as políticas públicas sobre a proteção à velhice. Apenas os resultados obtidos como um todo serão divulgados, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade e da instituição.

Para tanto, solicito, respeitosamente, a V. S.ª, a emissão do Termo de autorização para coleta de dados, conforme modelo sugerido em anexo, que será enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), respeitando a legislação em vigor sobre ética em pesquisa em seres humanos no Brasil (Resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 466/2012).

Atenciosamente,



Adriana Cristina Gatti
Pesquisadora
Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas
Faculdade de Ciências Aplicadas da UNICAMP

ANEXOS

ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética

ANEXO 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Desafios das políticas públicas no cuidado a idosos com algum grau de dependência cuja rede familiar é insuficiente
Responsável pela pesquisa: Adriana Cristina Gatti / Marta Fuentes Rojas (orientadora)
Instituição: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
Número do CAAE: 84825318.0.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar e visa assegurar seus direitos como participante. Ele é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador caso decida participar deste estudo.
Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A pesquisadora deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo), mesmo depois de assiná-lo. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade, bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora responsável.
Justificativa e objetivos: O objetivo desta pesquisa é verificar de que forma os cuidados às pessoas idosas com alguma dependência estão sendo garantidos e ofertados pela Política de Assistência Social, na modalidade de acolhimento institucional, considerando que estas pessoas idosas contam com rede familiar frágil ou inexistente. Nunca antes na história houve índices de envelhecimento tão grande como ocorre hoje; estamos vivendo uma transição demográfica, ou seja, nascem menos crianças e morrem menos pessoas. Isso é considerado uma conquista humana, pois há cada vez mais pessoas vivendo por mais tempo. Por outro lado, o papel que a família desenvolve na prestação de cuidados

também está modificando e isso resulta na urgência, cada vez maior, de políticas públicas para a manutenção da dignidade da pessoa idosa que precisa de cuidados e que não possui família para suprir tal necessidade.

Procedimentos : Caso decida aceitar o convite, você sendo convidado a:

( ) responder um questionário, de aproximadamente 15 minutos, sobre a Instituição de Longa Permanência que você está como responsável,

( ) participar de uma entrevista, de aproximadamente 30 minutos, que será gravada em áudio, com perguntas relacionadas a sua formação acadêmica e a organização e gestão da Instituição de Longa Permanência que você está como responsável.

Desconfortos e riscos: Você não deve participar deste estudo caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento ou desconforto, como sentir receio de em responder alguma pergunta que lhe cause incômodos, caso isso ocorra, poderá abster-se da resposta, sem prejuízo para si.

Benefícios: Se você participar desta pesquisa, poderá se beneficiar em ter um espaço para falar das suas percepções e constatações sobre a execução da Política Pública de Assistência Social às pessoas idosas na modalidade de acolhimento institucional e refletir sobre sua experiência de gestor(a) deste serviço. Sua participação poderá ajudar, também, na formulação de novos conhecimentos sobre estratégias de execução de políticas públicas e na compreensão dos limites e desafios que a necessidade de cuidados e a insuficiência familiar da pessoa idosa têm pautado em nossos dias.

Acompanhamento e assistência: Você será acompanhada, entretanto, efeitos indesejáveis são possíveis de ocorrer em qualquer estudo de pesquisa, apesar de todos os cuidados possíveis, e podem acontecer sem que a culpa seja sua ou da pesquisadora. Assim, você será acompanhada pela pesquisadora durante todo o tempo de participação nesse estudo e todas as dúvidas que surgirem serão esclarecidas. Caso haja algum desconforto a pesquisa será interrompida.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. O material com as suas informações (gravações, entrevistas, outras) ficará guardado em local seguro sob a responsabilidade da pesquisadora com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade e que será destruído após a pesquisa. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará

apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade e da instituição. **Ressarcimento e Indenização:** Não vai haver nenhuma forma de reembolso de dinheiro, já que com a participação na pesquisa você não vai ter nenhum gasto. Você terá a garantia ao direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. **Contato:** Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores:

Adriana Cristina Gatti - e-mail: acris.gatti@gmail.com.
Instituição: Laboratório de Psicologia, Saúde e Comunidade - LAPSIC - Faculdade de Ciências Aplicadas - Unicamp / Limeira / SP
Endereço: R. Pedro Zaccaria, 1300 - Bairro: Jd Santa Luiza
Limeira - SP - Cep: 13.484-350. Telefones p/contato: 019-37016720.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083- 887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br. O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome legível do(a) participante: _____

Assinatura do participante: _____

Data: ____/_____/_____.

Responsabilidade do Pesquisador: Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____

Data: ____/_____/_____.

(Assinatura do pesquisador)

ANEXO 3 – Autorização para coleta de dados.

Papel timbrado da instituição

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, nome completo responsável pela instituição nome da instituição, endereço completo, cidade, declaro estar ciente dos requisitos da Resolução CNS/MS 466/12 e suas complementares e declaro que tenho conhecimento dos procedimentos/instrumentos aos quais os participantes da presente pesquisa serão submetidos. Assim autorizo a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado Desafios das políticas públicas no cuidado a idosos com algum grau de dependência cuja rede familiar é insuficiente, sob responsabilidade da pesquisadora Adriana Cristina Gatti, após a aprovação do referido projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP.

Município, Dia de Mês de 2018.

_____

Assinatura e carimbo