



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA

JANARY JOSÉ DOS SANTOS

**ENTRE O DESEJADO E O POSSÍVEL: AS INSTITUIÇÕES
DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO MUNICÍPIO
DE SALVADOR - BAHIA**

Salvador
2020



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA

JANARY JOSÉ DOS SANTOS

**ENTRE O DESEJADO E O POSSÍVEL: AS INSTITUIÇÕES
DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO MUNICÍPIO
DE SALVADOR - BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Julie Sarah Lourau Alves da Silva

Salvador
2020

Ficha Catalográfica. UCSal. Sistema de Bibliotecas

S237 Santos, Janary José dos

Entre o desejado e o possível: as instituições de longa permanência para idosos no município de Salvador - Bahia / Janary José dos Santos
_. __ Salvador, 2020.
146 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador.
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania.

Orientadora: Prof^a. Dra. Julie Sarah Lourau Alves da Silva.

1. Velhices. 2. Pessoas Idosas 3. ILPI. 4. Assistência Social.
I. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação II. Silva, Julie Sarah Lourau Alves da – Orientadora III. Título.

CDU 316.356.2-053.9

TERMO DE APROVAÇÃO

Janary José dos Santos

**“ENTRE O DESEJADO E O POSSÍVEL: AS INSTITUIÇÕES DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR- BA”.**

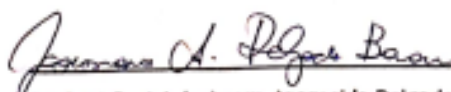
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em
Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 29 de junho de 2020.

Banca Examinadora:


Prof.(a)s. Dr.(a)s. Julie Sarah Lourau Alves da Silva - UCSAL (orientadora)


Prof.(a) Dr.(a) Ana Maria Fernandes Pitta - UCSal


Prof.(a) Dr.(a) Josimara Aparecida Delgado - UFBA

Dedico este trabalho a minha mãe, Stela Silva dos Santos.

A meu pai, Francisco José dos Santos (*in memoriam*), e a vô Regi e vó Frásia (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela força inestimável que sempre me dá para enfrentar os momentos de dificuldade e por saber ser grata em todos os momentos, especialmente em momentos de alegria como este.

A minha mainha, Stela, que sempre me ensinou que a perseverança é uma característica dos que querem alcançar objetivos.

A toda minha família, especialmente minhas irmãs – Élia, Eloina, Elita, Elma Maria, Ednecie, Eloísa e Geysa –, por sempre torcerem por mim e me ajudarem a alcançar meus objetivos e sonhos.

Sou grata por ter encontrado na caminhada educacional não apenas professores, mas mestras e mestres que, com a amorosidade referida por Paulo Freire, contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional: à professora Julie Sarah Lourau Alves da Silva, minha orientadora, pelos ensinamentos, questionamentos e contribuições à elaboração deste trabalho. Às professoras Ana Maria Fernandes Pitta e Josimara Aparecida Delgado Bour, que aceitaram participar da Banca de Avaliação e muito contribuíram para o aprimoramento deste trabalho.

Às pessoas idosas que aceitaram participar desta pesquisa, meu muito obrigada e minha eterna gratidão. Às colegas assistentes sociais, que me ligaram às participantes da pesquisa, minha gratidão.

A Márcia Cristina Fonseca Sousa, querida e competente psicóloga que aceitou realizar acompanhamento psicológico às participantes que a partir das emoções geradas na entrevista apresentassem demanda para acompanhamento psicológico. Não foi necessário, mas agradeço imensamente sua disponibilidade.

Aos colegas de trabalho, especialmente Celiza Terto, por ter acompanhado todos os momentos de inquietações para delimitação do objeto de estudo e pelas contribuições para a melhoria tanto do projeto de pesquisa quanto da dissertação, lendo e indicando pontos a serem aprimorados. Obrigada, amiga!

À colega Ingrid Rochelle Nogueira, que também contribuiu com sugestões e apoio emocional no difícil momento pessoal que enfrentei na reta final da dissertação.

Às queridas colegas/estagiárias da extinta Unidade de Serviço Social do Grupo de Atuação Especial de Defesa dos Direitos dos Idosos e das Pessoas com Deficiência (GEIDEF) e da Central de Assessoramento Técnico Interdisciplinar (CATI)

do Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos (CAODH) – Lorena Gomes, Carla Gonçalves, Raíza do Espírito Santo, Tsyla Pirauá, Tailane Ferreira, Laila Tainan Simões, Leila Lemos, Elideise Damasceno, Jessica Santana, Léia Fernandes, Adriele Melo, Clara Maiana Conceição e Beatriz Freire, que são fontes de renovação do meu amor ao Serviço Social.

Às colegas assistentes sociais que contribuíram para a realização do mapeamento das instituições de longa permanência que funcionam em Salvador, gratidão!

Não poderia deixar de agradecer aos colegas de turma Italuã Martins (companheiro do percurso Cabula - Federação) e Gilmara Bittencourt (percurso avenida ACM - Federação), por tornarem o caminho descontraído e por compartilharem indagações, inquietações e alegrias. Aos colegas do Grupo de Pesquisa Antropologia, Fronteiras, Espaço e Cidadania (AFEC), pelas discussões que nos fazem refletir sobre questões tão prementes na nossa sociedade: racismo, branquitude, cultura e cidadania.

Por fim, aos que foram escuta e incentivo nesta reta final do mestrado, acolhendo minhas angústias, incertezas e preocupações em situação pessoal difícil. Pensei até em desistir, mas que bom que tive vocês para me incentivar e apoiar! Para não cometer a injustiça de esquecer alguém, sintam-se todas e todos abraçados neste agradecimento especial a Milene de Oliveira Barbosa por ser a amiga que sempre acredita em mim mesmo nos momentos que penso em desistir, por sempre ter palavras e afeto que me fortalecem. Obrigada amigas e amigos, vocês são fundamentais na minha vida!

Meu coração está cheio de gratidão a todas e todos pelos afetos e abraços virtuais que recebo neste período de pandemia. Gostaria de poder abraçar demoradamente cada uma/um, mas neste momento fiquemos em casa e logo voltaremos a nos abraçar.

O certo é que todas e todos vocês me fortalecem para enfrentar os desafios diários, e por isso meu coração transborda de afeto e gratidão.

A vida é um intrincado difícil, que precisa ser questionado todo o tempo.

Octavio Ianni

SANTOS, Janary José dos. **Entre o desejado e o possível: As instituições de longa permanência para idosos no município de Salvador - Bahia.** 146f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania) - Universidade Católica do Salvador (UCSAL), Salvador, 2020.

RESUMO

O processo de envelhecimento populacional passou a fazer parte da realidade de vários países. A realidade enfrentada pelas pessoas idosas depende da forma como as velhices são tratadas em cada país, a partir das políticas públicas voltadas a esse segmento populacional, bem como de que forma se dá o acesso aos bens e serviços produzidos socialmente. Com as novas configurações familiares, a instituição de longa permanência para idosos (ILPI) tem se tornado um espaço de cuidados em substituição ao cuidado familiar. A questão central deste estudo foi: em que medida a proteção oferecida aos residentes de ILPI tem se pautado pelos princípios de proteção social inscritos nos documentos nacionais e internacionais voltados para esse segmento populacional? Teve por objetivo analisar as alternativas de residência não familiar para pessoas idosas, as motivações que levaram as pessoas idosas e seus familiares a optar por esse tipo de moradia, bem como suas percepções acerca da institucionalização. O *locus* de investigação foram três instituições filantrópicas do município de Salvador, localizadas em diferentes áreas da cidade (Centro, Brotas e Península de Itapagipe); para a identificação da instituição foi realizado o mapeamento das ILPIs que funcionam no município. O método utilizado foi o histórico-dialético. As técnicas de coleta de dados utilizadas foram a entrevista e a pesquisa bibliográfica e documental.

Palavras-chave: Velhices - Pessoas idosas - ILPI - Assistência Social.

SANTOS, Janary José dos. **Between the desired and the possible: Long-term care facilities for the elderly in the city of Salvador – Bahia** 146f. Dissertation (Master in Social Policies and Citizenship) - Catholic University of Salvador (UCSAL), Salvador, 2020.

ABSTRACT

The population aging process has become part of the reality of several countries. The reality faced by elderly people depends on how old age is treated in each country, from public policies aimed at this population segment to how access to socially produced goods and services occurs. With the new family configurations, the long-term care institution for the elderly (LTCI) has become a space of care to replace family care. The central question of this study was: to what extent has the protection offered to residents of LTCIs been guided by the principles of social protection inscribed in national and international documents aimed at this population segment? It aimed to analyze the non-family housing alternatives for the elderly, the motivations that led elderly people and their families to choose this type of housing, as well as their perceptions of institutionalization. The *locus* of investigation were three philanthropic institutions in the city of Salvador, located in different areas of the city (Centro, Brotas, and Itapagipe Peninsula); as for the identification of the institution, the mapping of the LTCIs operating in the city was carried out. The historical-dialectic method was used. The data collection techniques used were interviews and bibliographic and documentary research.

Keywords: Old age - Elderly people - LTCI - Social Assistance.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Levantamento de teses e dissertações	19
Gráfico 2 – Projeção da população brasileira por faixa etária para o período 2010-2060	29
Gráfico 3 – Distribuição das pessoas entrevistadas por idade	30
Gráfico 4 – Autodeclaração de raça/etnia	42
Gráfico 5 – Distribuição das pessoas entrevistadas por escolaridade	48
Gráfico 6 – Distribuição por número de filhos	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Projeção da população por faixa etária com percentual nos anos 2010; 2025; 2050 e 2060	29
Tabela 2 – Proporção de óbitos por causas externas, segundo tipo e faixa etária no Estado da Bahia, 2017	41
Tabela 3 – Ocupação das ILPIs por gênero	45
Tabela 4 – Com quem vivia antes de vir para a ILPI	51
Tabela 5 – Representação por fonte de renda	69
Tabela 6 – Motivos que levaram a residir em ILPI	101
Tabela 7 – Distribuição de ILPIs por Macrorregião de Saúde	122
Tabela 8 – Situação dos casos sintomáticos por Macrorregião	123

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Projeção da população idosa por sexo nos anos 2010; 2025; 2050 e 2060	44
Quadro 2 – Documentos emitidos pela União Europeia	59
Quadro 3 – Serviços de Proteção Social	72
Quadro 4 – Diferenças entre república e “cohousing”	90
Quadro 5 – Documentação exigida às ILPIs	103
Quadro 6 – Responsabilidades da ILPI	104
Quadro 7 – Ambiente da ILPI – Dormitório	108
Quadro 8 – Atividades oferecidas pela ILPI	109
Quadro 9 – Dados da COVID-19 no mundo	110

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADUNICAMP – Associação de Docentes da Universidade de Campinas
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAODH – Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos
CATI – Central de Assessoramento Técnico Interdisciplinar
CF – Constituição Federal
CMI – Conselho Municipal do Idoso
CNDI – Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
COVID-19 – Corona Virus Disease-19 (Doença do Vírus Corona 2019)
CRAS – Centro de Referência em Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CSU – Centro Social Urbano
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
GEIDEF – Grupo de Atuação Especial em Defesa dos Direitos dos Idosos e das Pessoas com Deficiência
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILC-BRASIL – Centro Internacional de Longevidade - Brasil
ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBA – Legião Brasileira de Assistência
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social
MP/BA – Ministério Público do Estado da Bahia
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAEFI – Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PBF – Programa Bolsa Família

PcD – Pessoa com Deficiência

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PNI – Política Nacional do Idoso

PNSI – Política Nacional de Saúde do Idoso

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada n. 283, de 26 de setembro de 2005

RMV – Renda Mensal Vitalícia

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SESC – Serviço Social do Comércio

SESI – Serviço Social da Indústria

SUAS – Sistema Único da Assistência Social

UE – União Europeia

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 VELHICES NA SOCIEDADE CAPITALISTA	26
2.1 Medicalização da vida e das velhices	35
2.2 Feminização da velhice: aspectos demográficos, conjunturais e o espaço ocupado pela mulher idosa na sociedade capitalista	40
3 PRINCÍPIOS E MARCOS NORMATIVOS DE PROTEÇÃO À PESSOA IDOSA	54
3.1 O envelhecimento na agenda governamental	54
3.2 Assistência social e políticas de proteção à pessoa idosa no Brasil	62
3.3 Benefício de Prestação Continuada: garantia de renda e autonomia à pessoa idosa no Brasil	67
3.4 Marco legal dos direitos da pessoa idosa no Brasil	71
4 CUIDADO FAMILIAR E ALTERNATIVAS DE MORADIA PARA PESSOAS IDOSAS	82
4.1 A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais e as modalidades de moradia nas velhices	86
4.1.1 Centro de cuidados diurnos ou centro dia para idosos	87
4.1.2 Residência em república e <i>cohousing</i>	90
4.1.3 Condomínio para Idosos	92
5 INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI): Lugar para quem não tem opção?	94
5.1 Normas para funcionamento das instituições de longa permanência para idosos	99
5.2 As instituições de longa permanência para idosos frente à COVID-19	111
6 (In) CONCLUSÕES	125
REFERÊNCIAS	129
APÊNDICES	
Apêndice A – Levantamento das ILPIs em funcionamento em Salvador	138
Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	139

Apêndice C – Termo de autorização de gravação de entrevista	141
Apêndice D – Roteiro de entrevista com residentes de ILPI	142
Apêndice E – ILPIs mapeadas em Salvador/BA	143
Apêndice F – Declaração de Compromisso Anti-plágio	145

ANEXO

Anexo A – Comprovante de envio do Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética	146
--	-----

1 INTRODUÇÃO

Para compreender os motivos que me levaram a desenvolver este estudo, é necessário referenciar experiências vividas ao longo da vida no campo profissional e pessoal. Ainda na graduação em Serviço Social na Universidade Católica do Salvador, tive a oportunidade de estagiar em duas instituições que desenvolviam trabalhos com pessoas idosas – a primeira em um Fundo de Previdência de uma empresa à época estatal (1997-1998), que, entre diversos projetos, contava com o Programa de Preparação para Aposentadoria e o Programa de Valorização dos Aposentados; e a segunda (1999) em uma instituição filantrópica do segmento da saúde, que, diante do abandono de pacientes idosos, passou a acolhê-los na modalidade de residência de longa permanência.

Cerca de 15 anos depois, na condição de assistente social, servidora efetiva do Ministério Público do Estado da Bahia – MP/BA, por quatro anos atuei no Grupo de Atuação Especial em Defesa dos Direitos dos Idosos e das Pessoas com Deficiência (GEIDEF), que atende à comarca de Salvador - BA. Nesse período, tinha como atribuição a realização de estudo social com o escopo de subsidiar procedimentos administrativos em curso nas Promotorias de Justiça referentes a pessoas com deficiência e pessoas idosas em situação de violação de direitos. Nos anos de 2017 e 2018, além de realizar os referidos estudos sociais, atuei no atendimento ao público do GEIDEF, como uma das responsáveis pelo atendimento aos cidadãos que buscaram o MP/BA a fim de obter orientação quanto à situação de possível violação de direitos a pessoas com deficiência e pessoas idosas.

Entre as várias demandas que chegaram ao GEIDEF, me chamou a atenção o grande número de cidadãos em busca de orientação sobre interdição civil e acolhimento institucional para pessoas idosas. No que se refere à interdição civil, muitas vezes se buscava orientação por se considerar que, por ser idosa, a pessoa precisava de alguém para representá-la legalmente, como se fosse justificável interditar alguém apenas por conta da sua idade. Outra situação que demandou várias orientações foi a de homens idosos que se relacionavam com mulheres mais jovens, e cujos filhos e filhas buscavam o MP/BA para requerer a interdição do genitor por considerarem que a mulher mais jovem objetivava dilapidar o patrimônio que futuramente seria deles, filhos, considerando improvável que idosos pudessem estabelecer relacionamentos baseados em afetos e desejo.

Quanto ao acolhimento institucional, buscaram indicação de instituições de longa permanência pessoas que não conseguiam prestar os cuidados necessários ao “seu” idoso ou não mantinham com ele vínculo afetivo que justificasse a prestação do cuidado. Ou ainda, pessoas idosas que buscaram o MP/BA a fim de requerer orientação sobre como proceder para conseguir vaga em instituição de longa permanência para idosos (ILPI). Saliento que esse tipo de orientação não é atribuição do MP, mas consideramos à época que, como detínhamos conhecimento, não podíamos negar orientações necessárias e corretas a quem buscou ajuda ao Órgão.

Atualmente lotada na Central de Assessoramento Técnico Interdisciplinar (CATI) do Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos (CAODH), setor responsável por, entre outras atribuições, prestar assessoria às Promotorias de Justiça na fiscalização de ILPIs em todo estado da Bahia, atividade que teve início em março de 2019 e que tem se mostrado essencial para a melhoria dos serviços prestados por esse tipo de instituição.

Além do aspecto profissional, minha história de vida também me leva a refletir sobre a questão do cuidado à pessoa idosa. Venho de uma família numerosa, na qual as pessoas idosas sempre foram cuidadas pela família. Atualmente, minha mãe (a amada Stela) conta com 88 anos. Lúcida, com boa saúde física e mental, ela realiza as atividades da vida diária com autonomia, rodeada por oito filhas, onze netos e seis bisnetos.

No meu caso, chegarei à velhice em pouco mais de uma década, sem filhos (ainda que ter filhos não seja garantia de suporte), e já penso em alternativas de moradia para quando não mais reunir condições de residir sozinha.

O conjunto dessas vivências instigou o desejo de conhecer de forma mais aprofundada o que tem levado pessoas idosas a “optar” por essa modalidade de residência e de que forma as instituições têm atendido às necessidades do seu público-alvo.

Além das questões pessoais e profissionais, o crescimento da população idosa em escala mundial trouxe o tema do envelhecimento para o centro das atenções, passando a demandar pesquisas, estudos, eventos e legislações de proteção a essa população. O Brasil, país que já foi considerado um país de jovens, passa por esse processo de transição demográfica, sendo que aqui o fenômeno ocorreu de forma rápida, enquanto que nos demais países o crescimento foi gradativo.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta que a população idosa começou a crescer sutilmente na década de 1940 e de forma acentuada a partir da década de 1960, atribuindo tal crescimento à queda das taxas de fecundidade e ao aumento da expectativa de vida daqueles que, entre outras mudanças, passaram a viver na zona urbana, a ter acesso a melhores condições de saneamento, melhor remuneração e ao sistema de saúde.

Com o aumento da população idosa, a partir dos anos 1990, os estudos voltados ao envelhecimento aumentaram consideravelmente em todas as áreas do conhecimento, a saber: Serviço Social, Psicologia, Medicina (especialmente a Geriatria), Enfermagem, Educação Física, Fisioterapia e Gerontologia. Os estudos buscam não apenas compreender, mas criar estratégias de intervenção com vistas a garantir qualidade de vida às pessoas idosas.

Diante da nova realidade demográfica, o Estado precisou criar mecanismos para garantir direitos e proteção à pessoa idosa nas diversas áreas. Desde a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, foram criados diversos mecanismos de proteção e garantia de direitos à pessoa idosa, tais como benefício assistencial no valor de um salário mínimo; prioridade de atendimento nos estabelecimentos públicos e privados; reserva de vagas em estacionamento; prioridade de tramitação em processos judiciais; pagamento de meia-entrada para espetáculos artísticos, culturais e esportivos.

No que se refere ao cuidado, a CF de 1988 reconhece a família como primeira responsável pelo cuidado à pessoa idosa, seguida da sociedade e do Estado. Indica o domicílio como principal *locus* do cuidado e, na ausência ou hipossuficiência da família, indica a instituição como responsável. No entanto, as mudanças do perfil dos grupos familiares – pessoas idosas solteiras, com um número reduzido de filhos ou sem filhos, viúvas, além da maior participação das mulheres no mercado de trabalho (que deixaram de exercer como única atividade o trabalho domiciliar) – requerem novas alternativas ao cuidado familiar.

O envelhecimento populacional, a redução das taxas de natalidade, a migração do campo para a cidade, a inserção das mulheres no mercado de trabalho, entre outros fenômenos, são fatores que levaram a uma significativa mudança na composição dos grupos familiares. A atividade de cuidar dos mais velhos e das crianças sempre foi considerada eminentemente feminina. Porém, os fatores supra

elencados têm levado as famílias a não realizar a atividade do cuidado da mesma forma que era realizada anteriormente – o cuidado no domicílio.

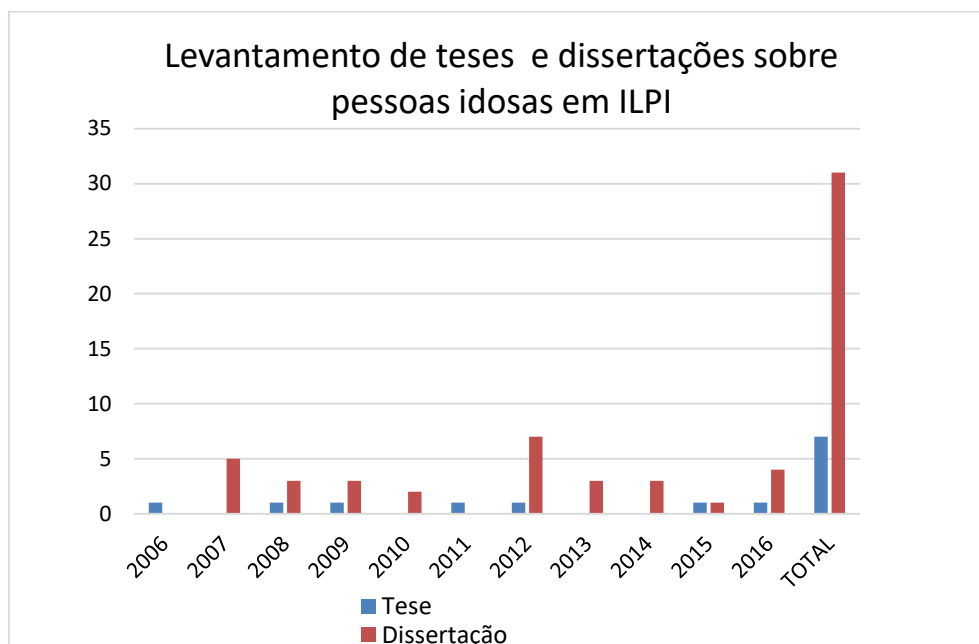
A legislação de proteção à pessoa idosa subsequente à Constituição de 1988 também elege a família como a primeira responsável pelo cuidado à pessoa idosa. Assim, as famílias, as pessoas idosas e os órgãos de proteção têm enfrentado o desafio de buscar estratégias de cuidado diferentes das empregadas nas décadas passadas.

Dessa forma, diante dos novos arranjos familiares, dificuldades para e/ou impossibilidade de o cuidado ser oferecido no âmbito da família, a instituição (o asilo), que antes era voltada ao cuidado dos considerados abandonados, passa a ser uma ou a única alternativa de cuidado, fazendo com que o número de instituições de acolhimento a pessoas idosas (filantrópicas e privadas) tenha crescido e continue crescendo de forma vertiginosa.

O acolhimento em instituições remonta ao tempo do Brasil Colônia, quando pessoas idosas sem referência familiar e pessoas em situação de rua eram acolhidas em instituições mantidas por grupos religiosos para receberem cuidados básicos. Esses locais eram denominados “asilos”, tendo por marca as características de instituições totais – locais fechados, administrados com seus residentes sob forte controle, privados da vivência extramuros, com reduzido ou nenhum contato com o “mundo externo”. Essas instituições eram consideradas o lugar para “viver” enquanto a morte não chegasse, lugar carregado de tristeza, lembranças do passado, saudade da família, dos amigos e dos tempos que não mais voltariam.

Com a mudança no perfil das famílias, as pessoas com referência familiar e renda também passaram a buscar esse tipo de instituição de forma voluntária ou incentivadas pela família, o que alterou o perfil dos residentes e se exigiu- que as instituições asilares alterassem suas características para atender a esse novo público.

Ao delimitar o objeto deste estudo, na escrita do projeto de pesquisa, realizei no catálogo da CAPES o levantamento das teses e dissertações dedicadas ao estudo de pessoas idosas em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Encontrei 38 trabalhos acadêmicos com a referida temática, sendo 7 teses (publicada cada uma delas em um dos anos 2006, 2008, 2009, 2011, 2012, 2015 e 2016) e 31 dissertações, sendo 5 publicadas em 2007, 3 em 2008, 3 em 2009, 2 em 2010, 7 em 2012, 3 em 2013, 3 em 2014, 1 em 2015 e 4 em 2016.

Gráfico 1 – Levantamento de teses e dissertações

Fonte: Realizado pela autora com base no catálogo da CAPES.

Considero que, dado o crescimento do número de pessoas idosas residindo em moradia não familiar, a produção acadêmica sobre o tema ainda é bastante reduzida, com todos os escritos identificados versando sobre as instituições de longa permanência para idosos e nenhum deles dedicado a outras formas de residência não familiar. É, portanto, necessário ampliar os estudos sobre as formas de morar das pessoas idosas, haja vista que as projeções indicam o crescimento do número de pessoas idosas que não contarão com familiar como rede de suporte.

A questão central deste estudo foi: em que medida a proteção oferecida aos residentes de instituição de longa permanência para idosos tem se pautado pelos princípios de proteção social inscritos nos documentos nacionais e internacionais voltados para esse segmento populacional?

Foi posto como objetivo geral da pesquisa: analisar o processo de envelhecimento demográfico e seus reflexos na assistência voltada a residentes de instituição de longa permanência para idosos no município de Salvador.

Os objetivos específicos foram: verificar se o modelo asilar permanece vigente nas instituições de longa permanência para idosos no município de Salvador; identificar as motivações para o ingresso das pessoas idosas nessas instituições; apontar o poder de decisão das pessoas idosas no processo de institucionalização; identificar as percepções acerca da institucionalização após o seu ingresso; identificar possíveis

melhorias que contribuam para a qualidade de vida de residentes de ILPIs e fomentar discussões institucionais que possam ampliar a contribuição do Ministério Público nas inspeções realizadas nas ILPIs.

Em referência à metodologia adotada, penso que, para obter êxito, devemos pesquisar sobre o que já conhecemos em alguma medida e que queremos aprofundar, e com propósito de que o conhecimento produzido retorne não apenas para a vida das pessoas que contribuíram para a pesquisa, mas também para a sociedade de forma geral.

O método histórico-dialético busca compreender os fenômenos sociais a partir das visões e percepções de quem vivencia a situação. Na perspectiva desse método, apreender os diferentes elementos sociais que compõem a realidade é possível a partir da contribuição de cada sujeito histórico, pois cada acontecimento individual guarda relação com os acontecimentos coletivos.

Para Minayo (1994), o método dialético possui dois níveis de interpretação. O primeiro diz respeito às interpretações das determinações fundamentais, isto é, ao contexto sócio-histórico do grupo social; e o segundo baseia-se no encontro do investigador com os fatos surgidos na investigação. Nesse processo de interpretação, faz-se necessário realizar a ordenação dos dados – quando é feito o mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo –; a classificação dos dados – identificando o que é relevante, quando se determina o conjunto ou conjuntos de informações presentes na comunicação –; e por fim a análise final – quando o pesquisador estabelece articulações entre os dados, referencial teórico, respondendo às questões da pesquisa a partir dos objetivos propostos. Deve-se ter evidenciado que o produto final de uma pesquisa é sempre provisório, pois pode ser superado por investigações futuras.

Na pesquisa bibliográfica, foram levantados estudos sobre envelhecimento, acolhimento institucional de pessoas idosas e cuidado de longa duração na velhice. O referencial teórico para esta pesquisa foi constituído por autores que analisam e discutem a relação entre os processos demográfico e de envelhecimento populacional. Por ser uma pesquisa qualitativa com enfoque interdisciplinar, utilizaram-se por referência autores de diversos campos do conhecimento, tais como da Demografia com Berquó (2004); Economia com Camarano (2005, 2007, 2008), Camarano e Kanso (2010); Ciências Sociais com Debert (2004, 2009, 2012, 2018) e Britto da Motta (2002; 2010); Medicina com Kalache (2019); Filosofia com Beauvoir

(2018) e Mbembé (2016); Antropologia com Agier (2011); e Serviço Social com Faleiros (2011), Martinelli (2019) e Teixeira (2018).

Na pesquisa documental, realizei a análise dos documentos internacionais acerca do envelhecimento (Organização das Nações Unidas, Organização Mundial de Saúde, entre outras), legislação nacional de proteção à pessoa idosa, legislação atinente ao acolhimento em instituições de longa permanência para idosos – Política Nacional do Idoso, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Estatuto do Idoso, Resoluções do Ministério da Saúde e do Desenvolvimento Social, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Portaria do Conselho Nacional da Pessoa Idosa e outras legislações concernentes à pessoa idosa.

Esta é uma pesquisa qualitativa, inspirada na metodologia da História Oral. A pesquisa qualitativa coloca como foco central o processo social, o contexto para melhor compreender os fenômenos sociais, e permite que os dados coletados possam ser interpretados realizando-se a leitura da realidade e considerando-se percepções e sentimentos que não se restringem ao que está escrito ou que se fecha na palavra falada ou escrita.

A metodologia da História Oral não foi executada integralmente pelo fato de ter sido utilizado o roteiro de entrevista. Na História Oral, o pesquisador elabora questões norteadoras e o participante fala livremente acerca da sua trajetória de vida; não são utilizados roteiros estruturados. No entanto, os pressupostos que embasam a História Oral são concepções que norteiam o presente trabalho.

Sobre a História Oral, Martinelli (2019) informa que “ao longo do tempo, os pesquisadores identificados com essa metodologia passam a se interessar, cada vez mais, pelos segmentos das classes populares, por aqueles que quase não compareciam nas pesquisas históricas [...]” (p. 28-29).

Ao discutir sobre História Oral, Diniz (2019) afirma que a realidade e suas múltiplas determinações precisam ser questionadas, problematizadas, apreendidas nos seus vários aspectos, e na atualidade é urgente apreender as novas configurações das relações sociais do capital, incorporando nessa análise as questões de gênero, raça, classe, econômicas, culturais, permitindo assim que a realidade seja pensada e orientada à sua transformação. Ao partir das vivências particulares são feitas as generalizações, a busca não é por descrição de acontecimentos, mas sim pelo significado que cada sujeito atribui às experiências vividas.

A presente pesquisa se baseia no princípio de que toda pesquisa deve dar voz aos participantes que vivenciam o tema pesquisado, pois assim é possível compreender não apenas o que o sujeito fala, mas o sentido da sua fala, correlacionar os processos individuais para compreender os processos coletivos. A pesquisa é compreendida como decorrente de uma opção política do pesquisador a partir do seu projeto político e de sociedade, tendo dessa forma uma dimensão social.

Nessa perspectiva, os “pesquisados” são participantes que vivenciam cotidianamente o objeto de estudo, possuem experiência, percepções próprias acerca desse objeto. São sujeitos coletivos, possuem referência grupal e expressam as vivências do seu grupo. Assim, torna-se essencial que essas vivências e percepções sejam captadas, confrontadas e tornadas fruto coletivo. Em referência aos sujeitos da pesquisa, Martinelli (1999) afirma que

Parte-se de uma perspectiva muito valiosa, porque, à medida que se quer localizar a percepção dos sujeitos, torna-se indispensável – e este é um outro elemento importante – **o contato direto com o sujeito da pesquisa**. Trata-se, portanto, de uma outra ambiência, onde vamos privilegiar instrumentos que superam o questionário, o formulário, e que vão incidir mais na narrativa oral, na oralidade. Se queremos conhecer modos de vida, temos que conhecer as pessoas. Esse é o motivo pelo qual as pesquisas qualitativas privilegiam o uso de uma abordagem em que o contato do pesquisador com o sujeito é muito importante [...]. Nesse sentido, priorizamos não os fatos épicos, os fatos de grande dimensão, mas aqueles que estão mais próximos do sujeito e que repercutem diretamente na sua vida (MARTINELLI, 1999, p. 22; grifo da autora).

Em sua grande maioria, as dissertações e teses acerca da institucionalização de pessoas idosas não privilegiam a voz das pessoas idosas; são os profissionais e dirigentes que, de forma prevalente, são ouvidos sobre o funcionamento, características das instituições pesquisadas, perfil epidemiológico e saúde dos residentes. No presente trabalho, a entrevista foi realizada com as pessoas idosas residentes em ILPI; elas estão no centro da pesquisa porque vivenciam o espaço institucional, elas é que sabem por que foram morar ali e são elas que melhor podem avaliar os pontos positivos e as dificuldades desse tipo de moradia.

Para realização deste trabalho, o primeiro passo foi identificar quantas ILPIs estão em funcionamento em Salvador. Assim, o Conselho Municipal do Idoso (CMI) foi contatado e informou que havia 5 (cinco) instituições inscritas. Como esse número não condiz com o número de instituições que de fato funcionam no município, foi definida a necessidade de se realizar o mapeamento dessas instituições. Assim, passei a buscar informação na rede mundial de computadores, nas redes sociais

(WhatsApp, Facebook e Instagram), e em contato com colegas assistentes sociais fui conseguindo identificar ILPIs em funcionamento no município de Salvador. À época da qualificação (junho/2019), foram identificadas 60 ILPIs. Com a continuidade do mapeamento, em março/2020 foram identificadas 73 (setenta e três) ILPIs em funcionamento no município de Salvador.

Foram utilizadas as técnicas da pesquisa bibliográfica, documental, e entrevista. O instrumento de coleta de dados escolhido foi a entrevista semiestruturada. O roteiro foi composto por questões fechadas que possibilitaram gerar dados quantitativos e perguntas abertas que possibilitaram que as participantes relatassem suas experiências, suas vivências, suas histórias de vida, visões e percepções do residir em instituição de longa permanência. A escolha se deu também por considerarmos que a entrevista possibilita dar voz aos participantes e captar os sinais que vão além da fala, tais como gestos, entonação de voz, postura corporal, entre outros. Em referência esse instrumento, Minayo (1994) expressa:

A entrevista como fonte de informação pode nos fornecer dados secundários e primários de duas naturezas: (a) os primeiros dizem respeito a fatos que o pesquisador poderia conseguir por meio de outras fontes como censos, estatísticas, registros civis, documentos, atestados de óbitos e outros; (b) os segundos – que são objetos principais da investigação qualitativa – referem-se a informações diretamente construídas no diálogo com o indivíduo entrevistado e tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia. Os cientistas sociais costumam denominar esses últimos de dados “subjetivos”, pois só podem ser conseguidos com a contribuição da pessoa. Constituem uma representação da realidade: ideias, crenças, maneira de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar; condutas; projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos (MINAYO, 1994, p. 65).

Ainda sobre a entrevista, Ornellas (2011) a considera o instrumento mais adequado para a pesquisa qualitativa, por possibilitar que os sujeitos da pesquisa expressem afetos, emoções e sentimentos não alcançáveis pela pesquisa quantitativa. O que requer do pesquisador ética, atenção, cuidado e leveza para conduzir a entrevista. A autora complementa afirmando que entrevistador (a) e entrevistado (a) possuem papel fundamental no processo de desvelamento da realidade.

O sujeito da pesquisa não é objeto, é um sujeito que pensa, sente, fala e escuta. Os dados da pesquisa precisam ser socializados com ele, o pesquisador deve partilhar com o sujeito seus resultados e, na sua escrivinha, quando se recolher para proceder à análise, deve criar formas

de colocar, na sua caderneta de campo, como e por que vai fazer essa devolutiva (ORNELLAS, 2011, p. 38).

Para concretização da pesquisa, foi remetida Carta Institucional (Apêndice A) solicitando autorização a seis ILPIs com cadastro e sem cadastro no CMI. Dessas, quatro ILPIs autorizaram a investigação, todas com inscrição no CMI, sendo que uma delas, no decorrer da pesquisa, acabou não viabilizando a concretização das entrevistas. Com isso, residentes de três ILPIs participaram da pesquisa.

Diante da possibilidade de as entrevistas ativarem gatilhos mentais de sentimentos e emoções não positivos, foi disponibilizado aos participantes atendimento psicológico que, entretanto, não chegou a ser utilizado.

O projeto de pesquisa e documentos complementares foram lançados na Plataforma Brasil e apresentados ao Comitê de Ética em Pesquisa da UCSal em maio de 2019, tendo Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE sob código 15158419.9.0000.5628 (Anexo A).

Participaram das entrevistas em que compartilharam suas histórias de vida 10 residentes de ILPIs com idades entre 64 e 89 anos, dos gêneros feminino e masculino. Para essa participação, o único requisito foi que as pessoas apresentassem condição cognitiva e aceitassem participar. Dessa forma, em duas ILPIs foram as assistentes sociais e em uma foi a diretora que indicaram quais residentes apresentavam condição de participar e apresentaram a pesquisadora a esses residentes.

Foi explicado verbalmente a cada possível participante os objetivos da pesquisa e a possibilidade de desistência da contribuição mesmo após a realização da entrevista. Todos aceitaram participar da entrevista e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização de Gravação da Entrevista (Apêndices B e C). Para garantir o sigilo das informações, as pessoas entrevistadas tiveram seus nomes trocados por nomes de flores (gênero feminino) ou de pássaros (gênero masculino) originários do Brasil.

O presente estudo está estruturado em quatro capítulos.

No capítulo 1, apresento os motivos que levaram à escolha do tema e o percurso metodológico para concretização do trabalho.

O capítulo 2, intitulado “Velhices na sociedade capitalista”, apresenta dados demográficos, projeções do número de pessoas idosas no Brasil, a concepção de velhices e o conjunto de transformações ocorridas nas últimas décadas tendo como ponto de análise o modo de produção capitalista.

O capítulo 3 faz um percurso das discussões acerca das velhices e do envelhecimento em âmbito mundial e mostra de que forma essas discussões e documentos produzidos se refletiram na elaboração do aparato técnico-normativo acerca das velhices no Brasil.

No capítulo 4, apresento as formas de moradia voltadas às pessoas idosas no Brasil.

O capítulo 5 apresenta as instituições de longa permanência para idosos, destacando-as como a principal forma de moradia utilizada por pessoas idosas no país. Ele discorre sobre essa modalidade de residência, seu percurso histórico e a normatização referente ao seu funcionamento.

Diante do anúncio da Organização Mundial da Saúde, realizado em março de 2020, que o mundo está vivendo a pandemia de um novo coronavírus, o chamado SARS-COV-2, que foi primeiramente detectado na cidade de Wuhan, China, e se alastrou pelo mundo, levando milhões de pessoas à morte. Considerando que as pessoas idosas correm mais risco de vida em razão de complicações por causa da COVID-19 (fazem parte desse grupo as pessoas com mais de 60 anos e aquelas com doenças preexistentes, como diabetes e cardiopatias), dediquei um subcapítulo para discorrer sobre o enfrentamento da doença nas instituições de longa permanência. Revivemos em momento de pandemia a necropolítica exposta por Mbembe (2016), quando o Estado escolhe quem merece e pode continuar vivendo, e na luta por exames, leitos de unidade de tratamento intensivo e respiradores, as pessoas idosas não têm sido consideradas merecedoras do direito à vida.

Nas considerações finais, aqui denominadas “(In) Conclusões”, apresento reflexões acerca das formas de moradia não familiar e possíveis ações dos diversos sujeitos sociais e políticos na perspectiva de qualificar o serviço no município de Salvador.

2 VELHICES NA SOCIEDADE CAPITALISTA

Como não há ruptura definitiva com o passado,
a cada passo este se reapresenta na cena histórica
e cobra o seu preço.

Florestan Fernandes

Este capítulo propõe apresentar dados demográficos e projeções do número de pessoas idosas no Brasil, a concepção de velhices e o conjunto de transformações ocorridas nas últimas décadas tendo como ponto de análise o modo de produção capitalista.

O envelhecimento populacional é um fenômeno demográfico mundial, caracterizado pela transição de um regime de altas taxas de mortalidade e fecundidade/natalidade para outro regime no qual essas taxas se situam em níveis mais baixos, aliada ao aumento da expectativa de vida.

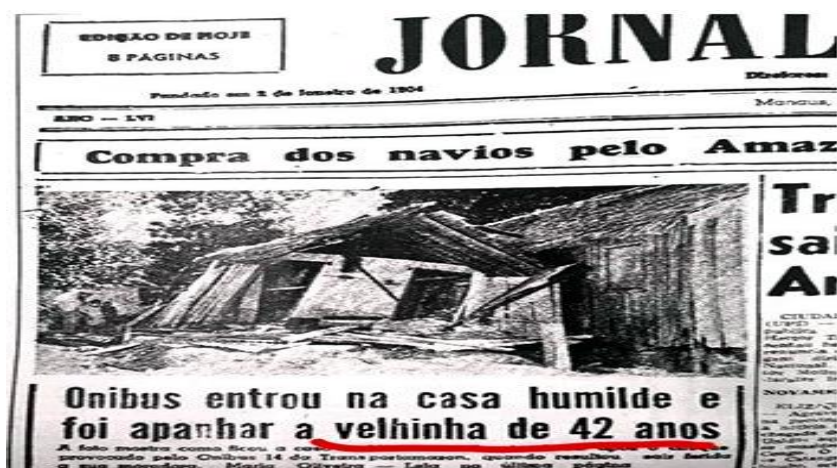
Verifica-se no mundo, desde os anos de 1950, o aumento do número de pessoas idosas e o decréscimo do quantitativo de crianças e jovens, tanto nos países considerados desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, com a diferença de que nos primeiros o envelhecimento veio acompanhado de melhoria na qualidade de vida e nos últimos o processo tem se apresentado de forma acelerada e sem o aporte de políticas públicas de saúde, educação e renda necessárias para que essa fase da vida seja vivenciada com maior qualidade de vida e dignidade. Segundo o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA),

Em 1950, havia 205 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo. Em 2012, o número de pessoas mais velhas aumentou para quase 810 milhões. Projeta-se que esse número alcance 1 bilhão em menos de 10 anos e que duplique até 2050, alcançando 2 bilhões. Há diferenças bem delineadas entre as regiões. Por exemplo, em 2012, 6% da população africana tinha 60 anos ou mais, comparada com 10% na América Latina e Caribe, 11% na Ásia, 15% na Oceania, 19% na América do Norte e 22% na Europa. Em 2050, estima-se que 10% da população africana terá 60 anos ou mais, comparada com 24% na Ásia, 24% na Oceania, 25% na América Latina e Caribe, 27% na América do Norte e 34% na Europa (UNFPA, 2012, p. 3-4).

No caso do Brasil, o envelhecimento populacional teve início de forma sutil na década de 1940 e de forma mais acentuada a partir da década de 1960, sendo identificada a queda das taxas de natalidade a partir da segunda metade da década

de 1960 com a introdução dos anticoncepcionais orais. Para Simões (2016), o fenômeno é atribuído, além dos elementos acima descritos à redução das doenças infecciosas e parasitárias decorrentes do surgimento dos antibióticos e melhoria dos sistemas de saneamento básico.

A expectativa de vida no Brasil já foi bastante baixa. Em 4 de agosto de 1960, quando o *Jornal do Comércio* publicou a manchete que segue, a expectativa de vida do brasileiro era de 48 anos, sendo que na região Nordeste essa expectativa era de 40 anos. Hoje, quase 60 anos depois, a expectativa de vida é de 80 anos para as mulheres e de 73 anos para os homens. Vemos dessa forma que a velhice é uma construção social, que o conceito de velho/pessoa idosa em um dado momento pode ser alterado ao longo da história.



Fonte: <http://gazetadobairro.com.br/velhinha-de-42-anos/>. Acesso em 11 nov. 2019.

Em relação à velhice, é necessário compreender que não podemos falar em uma velhice, mas em velhices. E eu me coaduno com o pensamento de Debert (2009; 2012), Britto da Motta (2002; 2010), Camarano (2005; 2007; 2008) e Teixeira (2018), que compreendem que a velhice se dá de distintas formas – individual e a partir da inserção da pessoa no modo de produção, no mercado de trabalho e no grupo familiar. Existem formas diversas de vivenciar o curso de vida, são diversos os fatores que incidem nessa vivência – econômicos, de gênero, raça –, além dos aspectos geográficos e culturais que também refletem na forma de vivenciar a velhice, produzindo, assim, distintas representações sociais. Sobre a diversidade na forma de vivenciar a velhice, Teixeira (2018) afirma:

O envelhecimento é atravessado por demarcadores geradores de diferenças e de desigualdades, dentre eles os de classe social, de gênero/sexo, de etnia/raça e de idade/geração, que são capazes de promover homogeneização e diferenciação, que denominamos de fatores socioeconômicos e culturais, fundamentais para o

entendimento do fenômeno, juntamente com os aspectos biopsicossociais (TEIXEIRA, 2018, p. 2).

Ao discutir velhices, precisamos identificar o que define quem pode ser considerada pessoa idosa. O critério estabelecido pelos estudiosos e legisladores é o critério etário. Dessa forma, neste trabalho, sempre que me referir a pessoas idosas, estarei me referindo a pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, visto que foi este o marco temporal convencionado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ e que no Brasil foi corroborado pela Política Nacional do Idoso (PNI).

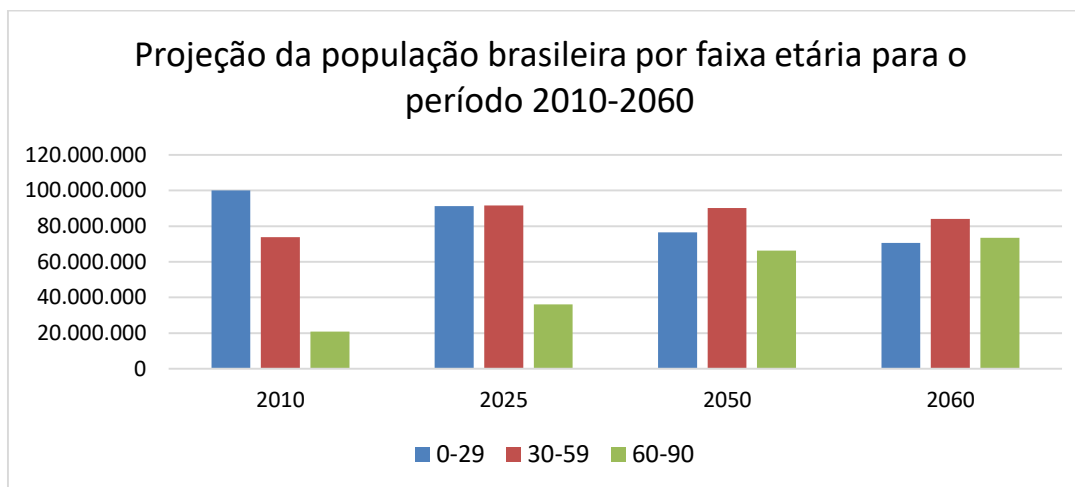
Outro conceito importante que utilizarei é o de pessoa idosa em substituição ao termo “idoso”, pois compreendo que o último termo explicita o machismo que a nossa língua carrega, pois é utilizado para designar todas as pessoas do sexo masculino e feminino, sem se considerar que as mulheres são maioria não apenas no Brasil, mas em todos os países. Nesse sentido, o senador Paulo Paim apresentou um projeto de lei² que propõe a substituição da denominação Estatuto do Idoso para Estatuto da Pessoa Idosa. O projeto foi aprovado na Comissão de Direitos Humanos do Senado em 2019 e segue para aprovação da Câmara de Deputados com a proposta de não apenas substituir o título da Lei, mas de trocar também todas as aparições do termo no Estatuto.

Em 2018, o IBGE apresentou a projeção da população por faixa etária de 2010 a 2060. Essa projeção pode ser observada no gráfico 2, que prevê um crescimento exponencial da população com mais de 60 anos e um decréscimo significativo na população de 0 a 29 anos.

¹ A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu que em países em desenvolvimento pessoa idosa é aquela com idade igual ou superior a 60 anos; e nos países considerados desenvolvidos são as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.

² A Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) aprovou, em decisão final, o Projeto de Lei do Senado (PLS) 72/2018, que altera a denominação da Lei 10.741, de 2003, de “Estatuto do Idoso” para “Estatuto da Pessoa Idosa”. Essa revisão foi defendida pelo senador Paulo Paim (PT-RS). Fonte: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/04/25/estatuto-do-idoso-pode-passar-a-se-chamar-estatuto-da-pessoa-idosa>. Acesso em: 5 de out. 2019.

Gráfico 2 – Projeção da população brasileira por faixa etária para o período 2010-2060



Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais

A tabela 1 mostra o percentual da projeção da população por faixa etária, identifica-se que, nas faixas etárias de 0-29 e de 30-59 anos, a projeção é que ocorra um decréscimo da população. A faixa etária de 60-90 anos, que em 2010 significava 10,71% da população, passará a representar 32,18% da população; a faixa etária que terá maior redução será a de 0-29 anos que significava 51,39% da população em 2010 e passará a representar 30,96% no ano de 2060.

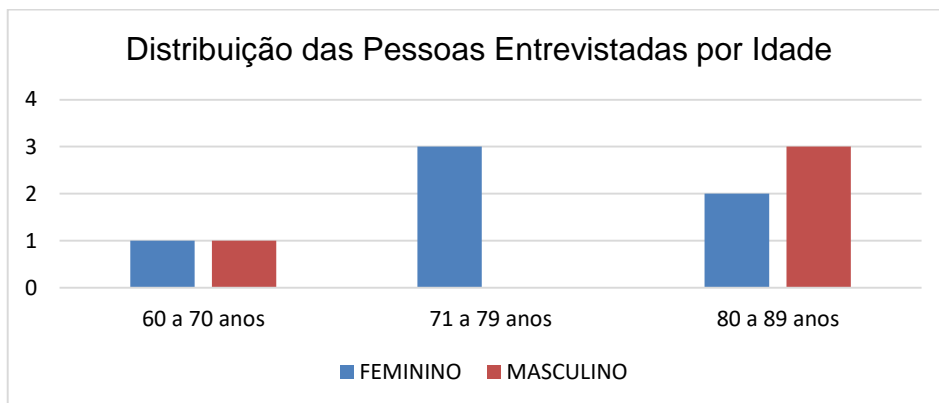
Tabela 1 – Projeção da população por faixa etária com percentual nos anos 2010; 2025; 2050 e 2060

PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA COM PERCENTUAL								
	2010	%	2025	%	2050	%	2060	%
0-29	100.150.754	51,39	91.252.342	41,66	76.553.962	32,87	70.678.624	30,96
30-59	73.872.003	37,90	91.692.677	41,86	90.113.669	38,69	84.146.777	36,86
60-90	20.867.925	10,71	36.084.074	16,47	66.265.645	28,45	73.460.946	32,18

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais

Considerando as projeções anteriormente apresentadas e a concretização das projeções, é imprescindível que as diversas esferas de governo adotem políticas de atendimento à população idosa, de forma que, se não findar, ao menos reduza as fragilidades e vulnerabilidades a que essa população está sujeita.

É inegável a longevidade da população; cada vez mais pessoas chegam aos 80 anos. Na pesquisa realizada, as octogenárias representaram 50% das pessoas entrevistadas. Em mais detalhes: das 10 pessoas entrevistadas, 2 eram sexagenárias, 3 septuagenárias e 5 octogenárias. Podemos representar esses dados com o gráfico a seguir,

Gráfico 3 – Distribuição das pessoas entrevistadas por idade

Fonte: Entrevistas realizadas pela autora.

Nas diversas esferas (municipal, estadual e federal), os governos não podem afirmar que o fenômeno do envelhecimento é recente ou inesperado, pois o IBGE tem apresentado nas últimas décadas as projeções e censos que confirmam o crescimento da população idosa, o que permite o planejamento de ações voltadas a saúde, educação, cultura e assistência social, com vistas a oferecer melhores condições de vida a essa parcela da população que cresce exponencialmente.

Historicamente, as velhices foram encaradas como a etapa final da vida, associada a adoecimento e perdas, e ao sujeito cabia aguardar a “hora derradeira” chegar, deixando as decisões da sua vida a cargo dos filhos ou das instituições. A compreensão atual é da velhice como constituinte do curso de vida, sendo a idade cronológica uma forma de estruturar os cursos de vida em distintas fases, as quais possuem características próprias que demandam investimentos, direitos, deveres e expectativas distintas. Nas décadas de 1960 e 1970, a escritora Simone de Beauvoir (2018) foi uma das pioneiras a aprofundar o conhecimento sobre o fenômeno das velhices realizando um vasto estudo em diversas sociedades e tempos históricos, propondo a desmistificação dos preconceitos que cercam esta fase da vida.

Segundo Beauvoir (2018, p. 94), identifica-se até o século XIX o silêncio da história e da literatura sobre os velhos pobres. A velhice era um atributo dos integrantes das classes privilegiadas; as pessoas idosas pobres eram pouco numerosas, porque a pobreza fazia com que poucas pessoas chegassem à velhice. Além disso, por não terem valor como mão de obra, eram consideradas obsoletas, não servindo mais ao capital, não representando nada para a sociedade. Igual silêncio é identificado em relação às mulheres, que, apesar de viverem mais, não tinham visibilidade: “[...] as sociedades que têm uma história são dominadas pelos homens; as mulheres jovens e velhas podem até disputar a autoridade

na vida privada; na vida pública, seu estatuto é idêntico; são eternas menores [...]” (BEAUVOIR, 2018, p. 95).

Debert (2012) afirma que os anos 1970 foram marcados pela convicção de que seria necessário olhar com mais sutileza para o conjunto de transformações ocorridas na velhice. A autora defende que a sensibilidade em relação à pessoa idosa passou por três grandes conjuntos de transformações:

1º período (1945 a 1960) – a velhice associada à pobreza. Nesse período, o sistema de aposentadoria teria dado a identidade de condição às pessoas idosas, diferenciando-as das outras populações, centrando-se nos meios de sobrevivência dos mais velhos, debatendo a forma de preencher as lacunas do sistema de previdência, acrescentando à aposentadoria outras formas de assistência às pessoas idosas.

2º período (1959 a 1967) – nesse período a velhice passa a ser associada à ideia de solidão e marginalidade. O campo privilegiado de intervenção passa a ser o lazer, as férias e os serviços especiais de saúde. Essa nova sensibilidade é representada pela ideia de terceira idade.

3º período (1960 a 1990) – período no qual a ideia da pré-aposentadoria vigora. O trabalho passa a ser considerado ilegítimo nessa fase da vida, devendo as pessoas idosas se dedicarem a outras atividades que não o trabalho.

Acrescento um quarto período caracterizado pelo culto ao corpo e pelo retardamento ou não aceitação da velhice como curso natural da vida.

Acerca do desejo de manter a eterna juventude, Neri e Cachioni (2004) expõem que o conceito de velhice bem-sucedida é associado à ideia de realização do potencial individual de bem-estar físico, social e psicológico, e pelo funcionamento parecido com a média da população mais jovem, incluindo nesse padrão de funcionamento as práticas médicas, cirúrgicas, físicas, entre outras, com o objetivo de retardar ou mascarar os efeitos do envelhecimento.

O culto ao corpo está interligado ao retardamento da aceitação da velhice, haja vista que um grande número de pessoas que realizam atividades físicas e procedimentos estéticos, em última análise, deseja não atrelar a sua idade cronológica ao seu corpo; busca-se aparentar menos idade, vitalidade de anos passados, negar ou esconder a passagem do tempo.

O crescimento do número de estudos voltados ao envelhecimento ganha relevância com os dados demográficos que demonstram o crescimento numérico dessa população,

mas também e especialmente por se tornar um nicho de mercado. A esse respeito, Debert (2012) afirma que a velhice ganha relevância a partir do momento que os velhos de todas as classes sociais são vistos como um grupo com maior disponibilidade para o consumo; a chegada da velhice passa a ser considerada o momento propício à realização pessoal, especialmente através da renovação do corpo, do uso das tecnologias de rejuvenescimento, da indústria do entretenimento e turismo, o que leva à reprivatização da velhice. Para Debert (2012), “a visibilidade alcançada pela velhice é, antes, um compromisso com um tipo determinado de envelhecimento positivo” (p. 23).

É sobre esses aspectos que a indústria da juventude e da beleza tem trabalhado para criar um mercado de consumidores ávidos por produtos e serviços que prometem a eterna juventude como se possível fosse adiar o envelhecimento de forma que, aos 50, 60 anos, as pessoas pudessem manter o corpo dos 30 ou 40 anos. A indústria da eterna juventude tem colocado o envelhecimento como uma responsabilidade individual. Sob essa perspectiva, as pessoas que não investem (leia-se, adquirem produtos e serviços) são responsáveis pelo seu declínio físico e biológico, o que pode ter como consequência o sofrimento psíquico para as pessoas que, mesmo investindo tempo e dinheiro, identificam que a passagem do tempo é inexorável. E para aquelas que não possuem recurso financeiro, resta o sentimento de fracasso na passagem do tempo, o que também causa culpa e sofrimento. Ainda sobre o culto à eterna juventude, Debert (2012) afirma:

A suposição de que boa aparência é igual ao bem-estar, de que aqueles que conservam seus corpos através de dietas, exercícios e outros cuidados viverão mais, demanda de cada indivíduo uma boa quantidade de “hedonismo calculado”, encorajando a autovigilância da saúde corporal e de boa aparência (p. 21).

O medo da perda do vigor físico tem levado pessoas de todas as idades, especialmente a partir dos 40 anos, a buscar estratégias de manutenção do corpo jovem, seja através da atividade física, alimentação, uso de suplementos, seja por meio de intervenções estéticas cirúrgicas e não cirúrgicas. Em referência ao preconceito quanto à visão da velhice como uma fase de adoecimento e perdas, Britto da Motta (2002) diz:

O maior aliado do preconceito contra os velhos pode vir, mesmo, das assertivas e prescrições “científicas”. Se por um lado há o discurso teórico de médicos mais lúcidos de que velhice não é doença; se Veras (1994), por exemplo, afirma ter encontrado, em sua pesquisa no Rio de Janeiro, uma população idosa em que mais de 80% são saudáveis; por outro lado, encontra-se, a cada passo, o discurso explícito da doença ou da (s) perda (s) como própria da velhice. Sugerido, ou posto

de fora, é incorporado frequentemente pelos idosos como expectativa de processo ou acontecimento inarredável (BRITTO DA MOTTA, 2002, p. 44).

Segundo estudo publicado em 1º. de novembro de 2018 pela Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (ISAPS)³, Estados Unidos, Brasil, Japão, Itália e México são os países que lideram o ranking das cirurgias plásticas estéticas. E os procedimentos mais realizados são o implante de mamas, a lipoaspiração e a blefaroplastia (cirurgia destina a remover a pele enrugada e descaída das pálpebras). O estudo destaca que os procedimentos que tiveram maior crescimento no ano de 2017 foram o rejuvenescimento vaginal (23%)⁴, a abdominoplastia (22%), a gluteoplastia (17%) e a rinoplastia (11%)⁵. São as mulheres as que mais buscaram a cirurgia plástica, como estratégia para alinhar corpo e mente, por sentirem que a idade mental não condiz com a aparência física. Outras, por ainda estarem no mercado de trabalho e considerarem importante a “boa aparência”; há também pessoas que, a despeito de estarem em busca ou em novos relacionamentos afetivos, procuram apresentar aparência jovial.

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP)⁶ divulgou no ano de 2018 seu censo bianual, o qual demonstrou o aumento do número de cirurgias no grupo etário de 51 a 64 anos, no período de 2014, 2016 e 2018 (respectivamente 14,8%; 15,8% e 15,9%). O mesmo ocorre com a faixa etária de 65 anos ou mais 5,7%; 5,4% e 6,6%). Segundo o censo, as cirurgias estéticas representaram 60,3% das cirurgias plásticas realizadas no biênio 2017/2018.

O corpo jovem, magro e saudável é o corpo desejado; há uma busca incessante pelo corpo dito perfeito. Assim, a indústria da beleza e do culto ao corpo crescem de

³ Fonte: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2018/11/2017-Global-Survey-Press-Release-br.pdf>. Acesso em 31 out. 2019.

⁴ O rejuvenescimento vaginal é um procedimento que tem sido realizado por muitas mulheres para corrigir trofismo vaginal, assimetrias vulvovaginais, tratamento de disfunção sexual, e que promete, uma genitália com aspecto mais jovem ou mesmo infantil. No entanto, “o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomenda que sejam consideradas as seguintes condições para a indicação e/ou realização da cirurgia íntima: i) a hipertrofia ou assimetria dos pequenos lábios percebida pela mulher e que causa desconforto com atividades esportivas ou uso de roupas, e dor ou aprisionamento intravaginal dos pequenos lábios durante a penetração vaginal, ii) alterações genitais devidas à gravidez ou a lesão obstétrica que afetam a aparência da genitália ou que interferem na sensação prazerosa ao coito, iii) frouxidão vaginal pós-parto que interfere na satisfação sexual da mulher (Goodman, Placik et al. 2010)” (FREBASGO, 2018). Disponível em <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/454-cosmiatria-genital>. Acesso em 22 abr. 2020.

⁵ **Abdominoplastia** é uma cirurgia para remover o excesso de pele e gordura do abdômen; **Gluteoplastia** é uma cirurgia para remodelar o bumbum (restaurar o contorno, forma e tamanho) e pode ser estética ou para corrigir sequelas provocadas por doenças ou acidentes; **Rinoplastia** é a cirurgia plástica para remodelar a estrutura nasal para melhorar a estética ou a respiração do paciente.

⁶ Fonte: http://www2.cirurgioplastica.org.br/wp-content/uploads/2019/08/Apresentac%CC%A7a%CC%83o-Censo-2018_V3.pdf. Acesso em 31 out. 2019.

forma extraordinária prometendo à clientela o corpo ditado pelo padrão de beleza disseminado pela mídia. É importante salientar que os procedimentos estéticos cirúrgicos e não cirúrgicos, mesmo se popularizando, não são acessíveis à maior parte da população trabalhadora. Trata-se de desejo/necessidade provido por uma parcela da população que tem acesso a produtos e serviços que só podem ser garantidos via mercado.

Falar de envelhecimento e velhices é complexo, visto que o envelhecimento se dá não a partir dos 60 anos, pois é um processo contínuo que vai do nascimento até a morte. A velhice é parte constituinte do curso de vida. Pela perspectiva do preconceito, muitas vezes as velhices são vistas meramente em seu aspecto biológico, como última etapa do ciclo vital caracterizada como uma fase de perdas da juventude e da vitalidade, perdas psicomotoras, alteração dos sentidos (visão, olfato e paladar), redução da elasticidade da pele e aparecimento de rugas e de cabelos brancos. Para Goldfarb (1998),

Poderíamos usar um referencial biológico que desse conta da aparência ou das patologias tidas como clássicas para este período da vida, como cabelos brancos, rugas, osteoporose, artrose, hipertensão, perda de memória, cardiopatias etc.; mas de um lado estes sinais se manifestam muitas vezes bem antes de que uma pessoa possa ser definida como velha ou em processo de envelhecimento, de outro a ciência atual está colaborando para superar a maioria deles, e então eles nada definem (p. 10).

Nas últimas décadas, temos acompanhado o crescimento dos estudos sobre envelhecimento, porém muitos desses estudos ainda apresentam como categoria central os aspectos biológico e demográfico, que homogeneizam a velhice. É importante analisar esses critérios, pois sinalizam o crescimento da população e a necessidade do Estado e a sociedade darem respostas ao fenômeno, mas eles não dão conta da diversidade que a velhice carrega.

Sobre o crescimento dos estudos na área dos envelhecimentos, Kalache (2014) considera que, por conta do conhecimento produzido, o Brasil é hoje um país melhor para as pessoas idosas, pois há 40 anos o conhecimento sobre a velhice estava restrito à área médica, o que foi alterado nas últimas décadas, ampliando-se vertiginosamente a produção do conhecimento sobre a temática, especialmente nas áreas relacionadas à saúde.

Para além da visão das velhices como uma fase de perdas, esta é uma fase de conquistas, de descobrimentos e de realização do que não pôde ser feito em fases anteriores. Debert (2012) diz que há uma tendência na contemporaneidade de rever os estereótipos associados à velhice, havendo paulatinamente a substituição da visão de perdas para uma visão de momento para novas conquistas, busca do prazer e da satisfação pessoal. Segundo essa autora, “as experiências vividas e os saberes

acumulados são ganhos que oferecem oportunidades de realizar projetos abandonados em outras etapas e estabelecer relações mais profícuas com o mundo dos mais jovens e dos mais velhos” (DEBERT, 2012, p. 14).

Quanto à visão da velhice como uma etapa de perdas, Britto da Motta (2002) assinala que

As perdas são tratadas principalmente como problemas de saúde, expressas em grande parte na aparência do corpo, pelo sentimento em relação a ele e ao que lhe acontece: enrugamento, encolhimento, descoloramento dos cabelos, “enfeamento”, reflexos mais lentos, menos agilidade... Mas são expressas muito mais pelos outros do que pelos próprios velhos (p. 41).

Para essa autora, as perdas são muito mais apontadas no que concerne à aparência e à saúde, o que reforça a crença generalizada de que “velhos são os outros”. Nessa perspectiva, a velhice é vista como estágio de perdas da saúde física, da passagem de um corpo jovem para um corpo enrugado, flácido e menos viril, motivando a busca pela manutenção do corpo jovem enquanto perfeição estética.

2.1 Medicalização da vida e das velhices

Como se ser velho fosse um defeito
que devesse ser escondido.

Zimmerman, Guite

Além do “corpo aparente” ideal, busca-se também manter o corpo biológico idealizado, utilizando-se para isso a ingestão de pílulas, suplementos, vitaminas e medicamentos que auxiliam ou prometem auxiliar na manutenção do corpo jovem.

Os profissionais da área do envelhecimento – geriatras e gerontólogos – têm chamado a atenção para o excesso de medicamentos prescritos e automedicação entre pessoas idosas. Por muitas vezes, em vez de se alterarem hábitos não benéficos à saúde, são prescritos medicamentos e suplementos como única solução. A exemplos, colesterol elevado – pode ser controlado com novos hábitos alimentares e atividade física; insuficiência venosa – requer elevação periódica das pernas, caminhadas e uso de meias de compressão; insônia e fraqueza, podem ser solucionadas com mudanças de hábitos e abandono do sedentarismo. Em todos esses casos, muitas vezes são prescritas

medicações como única via para recuperação da saúde e bem-estar, ocorrendo também com bastante frequência a automedicação. A esse respeito, Velloso (1999) afirma:

Medicamentos de uso discutível em pessoas saudáveis, como vitaminas, hormônios sexuais, medicamentos para diminuir a taxa de colesterol, antidepressivos, vasodilatadores, antibióticos para uso “profilático”, anti-inflamatórios, psicotrópicos, além de outros, são, atualmente, largamente usados sem necessidade cientificamente comprovada. Os medicamentos usados para diminuir a taxa de colesterol, por exemplo, formam um dos grupos mais usados no mundo, o que é alimentado pelo verdadeiro terrorismo veiculado pela imprensa leiga, com o propósito de evitar doenças circulatórias. São remédios potentes, muito importantes no arsenal terapêutico moderno, mas não podem ser usados apenas porque o valor numérico do colesterol no sangue está acima do que é considerado normal – isso seria como se estivesse sendo tratado um número e não uma pessoa (VELLOSO, 1999, n. p.).

Também em referência ao uso excessivo de medicamentos, Chaimowicz (2013) chama a atenção para o risco de iatrogenia, que é maior em pessoas idosas,

Por utilizarem múltiplos medicamentos, idosos frequentemente estão expostos aos riscos de combinações inadequadas. Esse risco será mais alto se o paciente tem mais de um médico ou se esteve internado recentemente e recebeu nova prescrição à alta (CHAIMOWICZ, 2013, p. 67).

O fenômeno da medicalização tem chamado a atenção de parcela significativa de profissionais da área de saúde e das ciências humanas, demandando reflexão sobre a utilização dos medicamentos como elementos de controle dos corpos e dos comportamentos considerados anormais.

Para Zorzanelli e Cruz (2018), o termo “medicalização” foi cunhado por Foucault e é constantemente utilizado de forma simplista e banalizada por outros autores. Afirmam que o termo apresenta dois sentidos na obra de Foucault: 1) refere-se ao processo de sanitização ocorrido nas cidades europeias no final do século XIX, quando as cidades passaram por intervenções médicas com vistas à salubridade e higiene social para erradicação de doenças e epidemias. Nesse aspecto, medicalizar significava mandar o doente para fora e assim purificar os outros, um projeto político de saneamento das cidades; 2) refere-se à “medicalização indefinida”, que tem início no final do século XIX até os dias atuais. Isto é, se caracteriza “por uma extrapolação da ciência médica à vida como um todo, ou seja, não haveria mais exterioridade ao saber médico nem fenômeno que não pudesse ser descrito por meio da relação do corpo com a medicina” (ZORZANELLI; CRUZ, p. 722). Nessa perspectiva, há uma

ultrapassagem do modelo higienista para o modelo de responsabilidade individual pela saúde, o qual vivenciamos na atualidade.

Sobre esse mesmo assunto, Velloso (1999) afirma que a medicalização da vida se refere à utilização de medicamentos e equipamentos por profissionais de saúde para transformação de situações naturais da existência humana, tais como nascimento, adolescência, morte, menopausa e envelhecimento em situações clínicas. E as dificuldades enfrentadas nesses eventos passam a ser tratadas como patologia, necessitando assim de medicação para seu enfrentamento. Por isso Velloso (1999) adverte: “Nessas situações, é preciso desenvolver atitudes e ações destinadas a promover a qualidade de vida e prevenir doenças, mas o que acaba ocorrendo é o uso indiscriminado e em larga escala de medicamentos” (n.p.)

Segundo Oliveira (2018), o objetivo da medicalização deixou de ser apenas a promoção do bem-estar individual e coletivo e passou a fundamentar-se também no lucro que deve gerar dentro de um panorama industrial e de serviços. Oliveira segue afirmando que a medicalização é ainda mais preocupante na área da saúde mental, haja vista que os diagnósticos na área da *psi* são baseados em “tratados, compêndios, manuais e outros materiais didático-científicos que abarcam o campo da saúde mental e são autorizados e legitimados pelas instituições hegemônicas deste campo” (OLIVEIRA, 2018, p. 11-12). Assinala que o volume de referência mais utilizado na área é o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM 5*, que foi publicado pela Associação Americana de Psiquiatria em 2013 sob muitas críticas por considerar distúrbio uma série de comportamentos que “permite que populações inteiras possam ser diagnosticadas com transtornos mentais e conseqüentemente seus comportamentos considerados patológicos” (OLIVEIRA, 1999, p. 12).

Considerada a doença do século por afetar pessoas de todas as idades, a depressão ainda é considerada por alguns profissionais como uma doença comum nas velhices, o que Ferrari e Dalacorte (2007) discordam:

A depressão é o problema de saúde mental mais comum na terceira idade, tendo impacto negativo em todos os aspectos da vida, sendo assim de grande relevância na saúde pública. Entretanto, ainda é comum a atribuição errônea dos sintomas depressivos ao processo de envelhecimento normal, por parte do próprio idoso, de seus familiares e de alguns profissionais de saúde. Os custos associados à depressão na terceira idade são grandes, além do declínio funcional, estresse familiar, aumento do risco de doenças, piora na recuperação de doenças e morte prematura por suicídio ou outras causas (FERRARI; DALACORTE, 2007, p. 4).

Para as autoras, a depressão é um sério e crescente problema de saúde pública, que traz prejuízos à vida familiar e comunitária, não podendo ser encarada como integrante do processo de envelhecimento. Requer atenção especial por parte dos profissionais da saúde para que a doença não seja subdiagnosticada e subtratada. Acrescentam que “estudos mostram que menos da metade dos pacientes identificados como deprimidos recebem tratamento, e metade dos tratados não o recebem de forma adequada” (FERRARI; DELACORTE, *Idem*, p. 7).

Concernente à depressão na velhice, são diversas as causas da depressão, destaca-se fatores biológicos (doença física concomitante que causa limitação e dor; uso de medicações como anti-hipertensivos, quimioterápicos, benzodiazepínicos, interferon; aspectos genéticos; alterações nos neurônios e neurotransmissores) e fatores psicossociais (aposentadoria, redução da renda, divórcio, viuvez, afastamento dos filhos, institucionalização, modificação do papel social).

Em referência à saúde psíquica, outro grande medo das pessoas é a perda da plasticidade neurológica ao envelhecer, que leva à perda da memória e a uma das doenças degenerativas mais presentes no cotidiano da pessoa idosa – a doença de Alzheimer. A esse respeito, Duarte e Santos (2015) afirmam:

A prevalência das doenças crônicas e degenerativas aliada à longevidade dos brasileiros tem contribuído para o aumento do número de idosos com limitações funcionais, implicando a necessidade de cuidados constantes para com essa população. Entre as enfermidades degenerativas, podemos citar a Doença de Alzheimer como uma das principais doenças crônicas e degenerativas que vêm acometendo a população, à medida que esta envelhece (DUARTE; SANTOS, 2015, p. 95).

O cuidado é colocado como o principal desafio, exigindo especialmente da família, e em maior medida das mulheres, reorganização das suas rotinas para dispensar cuidado ao seu ente acometido pela doença. A ciência ainda tem poucas respostas a dar sobre a doença de Alzheimer, os fatores que levam ao seu surgimento e formas de retardar seu avanço, o que requer estudos sobre sua evolução e tratamento.

O envelhecimento é um fenômeno multifacetado, constituído pelos aspectos biológico, psicológico e social. Em referência ao aspecto psicológico, Araújo e Carvalho (2004) indicam que o tema envelhecimento passou a ganhar centralidade na Psicologia no final da década de 1950 com a expansão da Gerontologia. Até então os estudos se centravam na infância e na adolescência. Diante da ausência de respostas satisfatórias ao envelhecimento na Psicologia do desenvolvimento, foram surgindo estudos, que ainda tratavam a velhice como uma fase de perdas gradativas das capacidades físicas

e psíquicas. Prosseguem afirmando que Erik Erikson foi o formulador da Teoria do Desenvolvimento e se tornou um dos pioneiros nos estudos sobre desenvolvimento humano ao sugerir “que o desenvolvimento se processa ao longo da vida e que o sentido da identidade de uma pessoa se desenvolve através de uma série de estágios psicossociais durante a vida” (ARAÚJO; CARVALHO, 2004, p. 233).

Compreendo que o aspecto psicológico diz respeito ao amadurecimento que o sujeito adquire ao longo da vida, ao conhecimento acumulado e às formas de lidar com as conquistas e adversidades que cada pessoa enfrenta ao longo da vida. O amadurecimento se dá pelas experiências coletivas, e é construído de forma individual ao longo da vida a partir das experiências vividas. O sujeito modifica seus pontos de vista, as vivências mostram outras perspectivas não vistas anteriormente, tornando-o resiliente diante das adversidades.

A forma como a pessoa vê e vive a vida é que dará alicerce para a forma como vê (verá) e vive (rá) a velhice também. A visão que possui de si e do mundo a auxiliará ou não a enfrentar as alterações que ocorrem no corpo, na saída do mercado de trabalho – quando deixa a condição de indivíduo produtivo para a condição de aposentado (isto para aquelas pessoas que conseguiram se manter no mercado de trabalho), na forma como se relaciona com as pessoas que estão à sua volta, sejam jovens ou adultos.

É imprescindível assinalar que no Brasil a Reforma da Previdência (Emenda Constitucional 103/2019), promulgada em 12 de novembro de 2019, trouxe alterações no que se refere ao cálculo dos benefícios, tempo de contribuição, período básico de cálculo e na idade mínima para concessão da aposentadoria. Esse conjunto de alterações trará impactos fortíssimos ao futuro das pessoas idosas, haja vista que, conforme a nova previdência, para fazer jus à aposentadoria, as trabalhadoras e os trabalhadores terão de laborar por 40 anos e até a idade mínima de 62 e 65 anos respectivamente. O que tornará a aposentadoria um sonho irrealizável para a maioria da população brasileira, que vivencia períodos de desemprego e subemprego, e mesmo para aqueles poucos que conseguirem, os ganhos serão bem menores, o que ocasionará uma massa de pessoas idosas relegadas à pobreza e sem condição de manter suas necessidades básicas.

2.2 Feminização da velhice: aspectos demográficos e o espaço ocupado pela mulher idosa na sociedade capitalista

A população idosa tem crescido consideravelmente nas últimas décadas, e as mulheres são parte significativa dessa população. São destacados como fatores da longevidade feminina a genética, o fato de ao longo da vida cuidarem mais da saúde e serem mais resilientes às mudanças decorrentes de eventos planejados e não planejados (gestação, partos, morte, separação, etc.). Contudo, é importante assinalar que, além desses fatores, as mortes por causas externas⁷ devem ser consideradas nessa análise, visto que o número de pessoas, especialmente homens, que têm morrido por causas externas tem crescido de forma expressiva a cada ano.

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), os acidentes de trânsito, os homicídios e suicídios representam “cerca de dois terços dos óbitos por causa externas no Brasil. As taxas são consideravelmente mais altas na população de adultos jovens, principalmente do sexo masculino”.⁸

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) divulgou os indicadores da taxa de mortalidade por causas externas do ano de 2017⁹. Pela análise dos dados por grupo etário, excetuando-se as causas indeterminadas¹⁰, verifica-se que as pessoas idosas morrem mais por quedas e acidentes de transporte, seguidos de agressões. Enquanto que as pessoas jovens morrem mais por agressões.

Chama a atenção que a morte por agressões seja significativa em todos os grupos etários, sendo a principal causa de morte por causas externas na população de menos de 15 até 49 anos de idade. As mortes por causas externas representam 70,3% das mortes por causas externas na faixa dos 15 aos 19 anos, e 65,3% das mortes na faixa dos 20 aos 29 anos.

⁷ As causas externas compreendem os eventos relacionados a acidentes e violências. Entende-se por acidentes aqueles eventos não intencionais, como quedas, envenenamentos, intoxicações, afogamentos, acidentes relacionados ao trânsito, entre outros, enquanto as violências são eventos de natureza intencional (violência física, psicológica, sexual, institucional, por homofobia, suicídios), incluindo aqueles decorrentes de intervenções legais. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Boletim_epidemiologico_2012_causas-externas.pdf. Acesso em: 30 nov. 2019.

⁸ Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc12.htm>. Acesso em: 30 nov. 2019.

⁹ Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/obitos/>. Acesso em 30 de nov. 2019.

¹⁰ O elevado número de óbitos por causas indeterminadas em todas as faixas etárias dificulta a construção de indicadores mais fidedignos, o que pode levar à subnotificação dos homicídios.

Tabela 2 – Proporção de óbitos por causas externas, segundo tipo e faixa etária no Estado da Bahia, 2017

Causas	< 15	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 +
Ac. Transporte	21,8	8,3	12,3	18,9	26,9	31,5	16,5
Quedas	2,9	0,3	0,4	1,3	1,9	4,1	21,3
Afogamento	20,0	3,4	2,0	2,4	4,2	4,3	2,4
Suicídio	1,7	1,9	2,4	4,4	6,7	7,8	5,1
Agressões	24,7	70,3	65,3	56,2	38,5	26,3	11,4
Int. Indeterminada	10,5	10,2	11,5	11,7	15,5	16,6	26,4
Demais Causas	18,3	5,7	6,0	5,1	6,3	9,4	17,0

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/- SIM

*Dados preliminares

A SESAB apresentou na mesma pesquisa a taxa de mortalidade por causas externas no período de 2013 a 2017 no estado da Bahia. Pela análise dos dados verifica-se o crescimento das mortes por homicídio. Ainda que em alguns anos tenha ocorrido leve queda, no ano seguinte o índice voltou a crescer. O ano de 2011 apresentou leve queda em comparação ao ano anterior (2010 – 41,2; 2011 – 39,0), mas o ano seguinte apresentou percentual maior que o registrado em 2010 (2012 – 42,1). Os anos de 2013 a 2015 voltaram a registrar nova queda (respectivamente 37,1; 39,3; 38,2) e os anos de 2016 e 2017 voltaram a registrar novas altas em comparação a todo o período analisado (44,6 e 43,4 respectivamente).

Ao analisar as mortes por homicídios, Manso (2017) afirmou ao Monitor da Violência do jornal G1 que

A maioria das vítimas é jovem, parda e negra, moradora das diversas quebradas do Brasil, quase sempre bairros pobres, de urbanização recente. Nada que provoque comoção pública, manchetes nos portais ou discussões nas redes sociais, como se fossem mortes já esperadas e invisíveis (MANSO, 2017, p. 1).

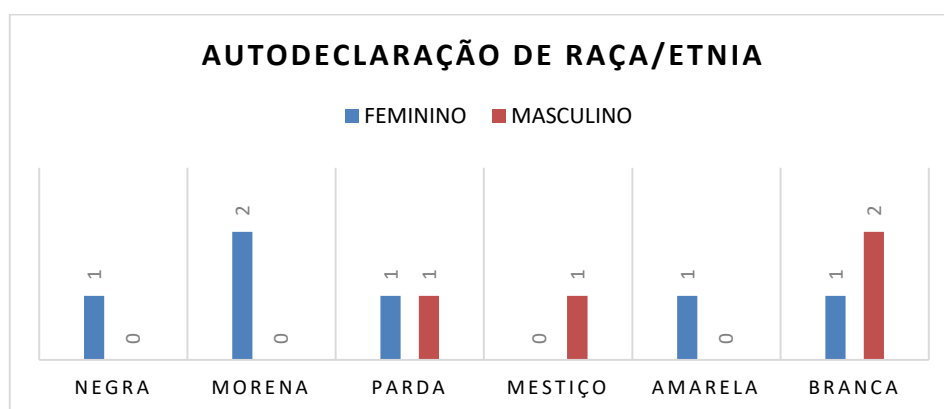
Os dados apresentados nos levam a refletir sobre a necropolítica como uma expressão da regulação da morte no Terceiro Mundo. Para Mbembe (2016), a biopolítica apresentada por Foucault não é suficiente para dar conta da subordinação da vida nos países considerados de Terceiro Mundo, onde as operações militares e o direito de matar não são prerrogativas exclusivas do Estado. As milícias urbanas, os exércitos privados e as polícias de segurança privada também têm acesso a técnicas e práticas de morte que levam ao massacre da população das periferias.

Pensar nesses dados nos leva a considerar que as chances de a população masculina, negra e periférica chegar à velhice têm se reduzido a cada ano. Isso

reforça a conclusão de Beauvoir (2018) de que no século XIX a velhice era um fenômeno branco, pois as condições de vida da população negra não permitiam que ela alcançasse idades mais avançadas. Voltando a pensar nos dias de hoje, ainda que, para as mulheres negras e da periferia, chegar à velhice não seja uma tarefa fácil e sem dificuldades, para o homem negro e periférico esse é um desafio ainda maior.

No que se refere à categoria raça/etnia¹¹, foi utilizada nas entrevistas a autodeclaração. Apenas 1 pessoa se autodeclarou negra; 6 pessoas utilizaram as denominações morena, mestiço e pardo para se referir à raça negra; 1 pessoa se autodeclarou amarela; e 3 se autodeclararam brancas.

Gráfico 4 – Autodeclaração de raça/etnia



Fonte: Pesquisa realizada pela autora.

É importante analisar que, na formação do seu povo, o Brasil passou por processo de miscigenação entre indígenas, africanos e europeus bastante complexo que resultou em variados tons de pele (colorismo). Nesse processo, a cultura eurocêntrica foi tida como a ideal, engendrando o racismo estrutural e a negação da negritude, tendo como uma das suas formas a utilização de termos e de variações de cores para negar a origem racial. Sobre a formação multirracial e o ideal de democracia racial, Thales de Azevedo (1995) observou:

Respondendo à consulta de um advogado, o chefe do Gabinete de Identificação da Polícia Civil do Estado da Bahia declarou, há poucos anos, que em sua repartição empregam-se “segundo a opinião do identificador” os termos *branco*, *moreno*, *pardo*, *mestiço* e *preto*. Uma funcionária que há muito tempo trabalha nesse serviço assim descreve os tipos baianos: “**mestiço**” é o descendente de negro com mulato; “**pardo**” é filho de mulato com branco;

¹¹ A etnia se refere às características de um grupo pelos aspectos socioculturais, e a raça se refere às características físicas que diferenciam os sujeitos.

o “mulato” deriva de branco com preto, podendo ser claro, mas tem sempre os lábios grossos e arroxeados pela pigmentação; “moreno” é o mulato fino e “preto” o indivíduo de traços acentuados de negro [...] Refere uma assistente social que as mais humildes mulheres que se matriculam na sua agência “não querem ser mulatas, mas morenas”; mesmo as pretas identificam-se como morenas, dizendo às vezes que seus filhos são “moreninhos como eu” ou que o seu marido é “um pouco mais moreno” ou “mais escuro”. Entretanto os termos oficialmente usados na agência são branco, pardo e preto. (p. 33-35).

A negação da raça e do racismo ainda é bastante presente no Brasil, especialmente quando se trata de pessoas com idades entre 64 e 89 anos, haja vista que essa negação as acompanhou durante toda a vida é ainda muito forte. O uso de denominações distintas para se referir à raça negra demonstra o racismo estrutural expresso nas práticas políticas, econômicas e jurídicas (a exemplo, lei que proibia pessoas negras de estudar; que as proibia de comprar e ter posse de terras; lei da vadiagem; proibição de manifestação da cultura afro-brasileira nas ruas) e concretamente explicitada na exclusão social à qual os negros foram relegados através da imposição de barreiras de acesso aos espaços de poder e decisão. Além da questão da cor da pele, a maior dificuldade no enfrentamento ao racismo é a aceitação da história, cultura, religião e lutas dos negros escravizados como constituintes da nossa história e da nossa identidade.

Para Almeida (2018), o racismo é uma prática de cunho individual, institucional e estrutural; sendo que as duas primeiras manifestações de racismo advêm do racismo estrutural, pois tanto os indivíduos quanto as instituições reproduzem a ordem social vigente e estão a ela vinculadas. Segundo o autor, o racismo estrutural é reproduzido através dos processos político, econômico e jurídico historicamente engendrados pelo Estado ao não garantir acesso e tratamento igualitário a todos os cidadãos, ao propagar a cidadania formal, isto é, a cidadania inscrita nas legislações e não viabilizada de forma efetiva na vida da população negra.

Ao discorrer sobre o racismo estrutural, Xavier (2018) afirma que a partir de 1850 a necronarrativa se consolidou em torno da articulação de um projeto nacional de segregação dos negros e negras através do aparato jurídico que instituiu legislação sem incorporar a população negra na nova ordem do trabalho e adotando mecanismos para o branqueamento da população brasileira. Pontua também que a fundação das faculdades de medicina em Salvador e no Rio de Janeiro tiveram papel fundamental na consolidação do racismo no país, pois

Nas duas instituições foram fundidas teorias que justificavam a escravização negra e suas condições de subalternidade absoluta no sistema da escravização. Raimundo Nina Rodrigues (1862/1906) foi uma das mais importantes celebridades intelectuais da faculdade de medicina de Salvador, sendo um dos artífices do racismo científico brasileiro, ao lado de João Batista de Lacerda (1846/1915), da faculdade de medicina do Rio de Janeiro, que expressou o desejo de liquidar a presença física e cultural negra no Brasil no prazo de cem anos, durante o I Congresso Mundial das Raças, realizado em Londres em 1911 (XAVIER, 2018, p. 399).

No que se refere à longevidade feminina, verifica-se que em todas as faixas etárias a presença feminina é maior, especialmente nos grupos etários a partir dos 70 anos, o percentual de mulheres idosas é bem superior ao de homens.

Quadro 1 – Projeção da população idosa por sexo nos anos 2010; 2025; 2050 e 2060

PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO POR IDADE E POR SEXO								
IDADE	2010		2025		2050		2060	
	MULHERES	HOMENS	MULHERES	HOMENS	MULHERES	HOMENS	MULHERES	HOMENS
60-64	3.514.780	3.081.961	5.746.464	4.988.027	7.999.680	7.333.300	7.858.543	7.420.473
65-69	2.651.990	2.253.998	4.770.537	3.978.090	7.676.222	6.701.600	7.521.177	6.767.303
70-74	2.102.224	1.689.818	3.685.934	2.915.566	6.640.747	5.468.808	7.171.363	6.124.121
75-79	1.492.784	1.105.206	2.628.645	1.949.716	5.259.045	4.021.823	6.445.168	5.066.803
80-84	1.011.816	677.628	1.664.180	1.126.100	4.114.525	2.864.310	5.018.661	3.549.148
85-89	515.585	314.944	992.126	595.279	2.830.025	1.717.634	3.358.671	2.076.107
90+	299.377	155.814	708.377	335.033	2.489.591	1.148.335	3.482.771	1.600.637

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais

Sobre a longevidade feminina, em vertente contrária, o Imperial College de Londres publicou um estudo¹² indicando que em 2030 a diferença da expectativa de vida entre homens e mulheres será reduzida, apontando como fatores da redução a queda do consumo de álcool e tabaco por parte dos homens, o avanço da medicina na área das doenças cardíacas (mais frequentes entre os homens) e redução dos acidentes de trânsito.

Quanto à feminização da velhice, Berquó (2004) afirma que há muito tempo tem sido superior no país o déficit de homens idosos e que esse déficit se acentua quanto mais avança a idade.

De há muito tem sido superior no país o número absoluto de mulheres idosas, quando confrontado com o de homens de 65 anos e mais. Também a proporção de idosas em relação à população total de mulheres tem-se

¹² Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/02/05/expectativa-de-vida-por-que-as-mulheres-vivem-mais-do-que-os-homens.ghtml>. Acesso em 14 nov. 2019.

mantido sistematicamente superior àquela correspondente aos homens idosos (BERQUÓ, 2004, p. 21).

Berquó (2004) prossegue afirmando que, apesar de as taxas de mortalidade das populações masculinas e femininas terem declinado, a longevidade feminina é verificada tanto na população total quanto na população idosa. Conforme o DATASUS, as doenças que mais matam pessoas idosas do sexo masculino e do sexo feminino são as mesmas: doença cerebrovascular, doença isquêmica do coração, neoplasmas malignos, doenças da circulação, pulmonar e outras doenças do coração e do aparelho respiratório.

A maior longevidade feminina, aliada ao menor número de mulheres idosas que constituem novas uniões após a viuvez, pode sugerir que as mulheres são maioria nas instituições de longa permanência para idosos. E isso pôde ser constatado nesta pesquisa: nas três ILPIs pesquisadas, verificou-se que as mulheres estão em maior número.

Na ILPI 1, o gênero masculino constitui 18,5% dos residentes e o feminino 81,5%; na ILPI 2, o gênero masculino forma 12,5% dos residentes enquanto o feminino forma 87,5%; na ILPI 3, o gênero masculino soma 10,7% dos residentes e o feminino 89,3%. Verificamos que nas 3 ILPIs o gênero feminino é a maioria absoluta dos residentes. As 3 ILPIs juntas abrigam 165 de residentes, com 85,5% residentes do gênero feminino e 14,5% do gênero masculino. Apresento na tabela a seguir os dados numéricos.

Tabela 3 – Ocupação das ILPIs por gênero

Ocupação das ILPIs por Gênero			
	Masculino	Feminino	Capacidade de atendimento
ILPI 1	12	53	65
ILPI 2	09	63	72
ILPI 3	03	25	28
Σ	24	141	165

Fonte: Pesquisa realizada pela autora. Quantitativo na data de realização da entrevista.

A OMS assinala que as mulheres têm a vantagem da longevidade, mas “são vítimas mais frequentes da violência doméstica e de discriminação no acesso a educação, salário, alimentação, trabalho significativo, assistência à saúde, heranças,

medidas de seguro social e poder político” (WHO, 2005, p. 39). Esse conjunto de violação de direitos leva as mulheres a serem mais pobres e apresentar mais vulnerabilidades em idades mais avançadas.

Sobre a violência doméstica sofrida por mulheres idosas, Terto (2017) produziu relevante estudo. A autora realizou pesquisa sobre as violências sofridas por mulheres idosas no município de Salvador, a partir das denúncias de violação de direitos registradas no GEIDEF/MPBA. E constatou “que mulheres idosas sofrem mais violências e são a maioria nos atendimentos do GEIDEF/MPBA” (TERTO, 2017, p. 127). Identificou também as seguintes tipologias de violências: múltiplas violações (45%); negligência (27,5%); violência psicológica (12,5%); abandono (7,5%); cárcere privado (2,5%); e violência doméstica (2,5%). No processo, ficou evidenciado que um dos principais problemas enfrentados por essas mulheres é a ausência de políticas públicas:

Nessa direção, pode-se afirmar que existe em Salvador e na Bahia uma gritante fragilidade das políticas públicas, resultado de um projeto macro de desmonte da proteção social ao nível nacional, que resulta em redução do orçamento para políticas sociais, focalização dos programas e projetos, além de toda precarização no cotidiano dos trabalhos de muitos profissionais que estão a serviço das políticas públicas (TERTO, 2017, p. 68).

Ainda segundo essa autora, foram identificados como perpetradores da violência: filhas (28,75%); filhos (22,5%); filhas e filhos (22,5%); filhas, filhos e netos (7,5%); sobrinho (a) (6,25%); irmã (3,75%); companheiro e genro (2,5% respectivamente); enteado, neto e família extensa (1,25% respectivamente). A partir dos dados da pesquisa, confirma-se que residir com os familiares não garante respeito, afeto e convivência intergeracional harmônica.

É importante sinalizar que, pelo papel historicamente reservado à mulher na sociedade, mesmo com a inserção na educação e a ocupação dos espaços profissionais, ela ainda é considerada uma cidadã de segunda categoria que deve estar subjugada aos desejos dos homens, sejam esses seus pais, maridos ou filhos.

Essa situação é mais grave entre mulheres mais idosas, que foram educadas para não exercer sua autonomia, capacidade de escolhas e direitos. São mulheres que em sua maioria não tiveram acesso à educação formal, foram educadas para exercer atividades no âmbito doméstico, preparadas para casar e cuidar dos filhos, tornar a vida do marido agradável, cuidar da educação dos filhos, das roupas e

alimentação da família, criando condições para que o homem se dedicasse ao mundo dos negócios.

Carneiro (2003) assinala que o movimento feminista no Brasil é um dos mais respeitados no mundo pelo grande protagonismo na organização e lutas em torno de importantes conquistas, como anistia política, direito a creche, descriminalização do aborto, promoção da igualdade de gênero e combate à discriminação, entre outras. No entanto, na visão da autora, assim como outros movimentos progressistas, o feminismo brasileiro esteve por longo tempo prisioneiro da visão eurocêntrica e universalizante da mulher, não dando conta das diferentes expressões do feminino em sociedades multirraciais e pluriculturais, tais como as especificidades das mulheres negras e indígenas. “Dessa forma, as vozes silenciadas e os corpos estigmatizados de mulheres vítimas de outras formas de opressão além do sexismo, continuaram no silêncio e na invisibilidade.” (CARNEIRO, 2003, p. 118)

Sarti (1988) manifesta-se nessa mesma direção afirmando que as conquistas feministas foram importantes, mas foram sobretudo conquistas das mulheres brancas da classe mais abastada. Segundo a autora,

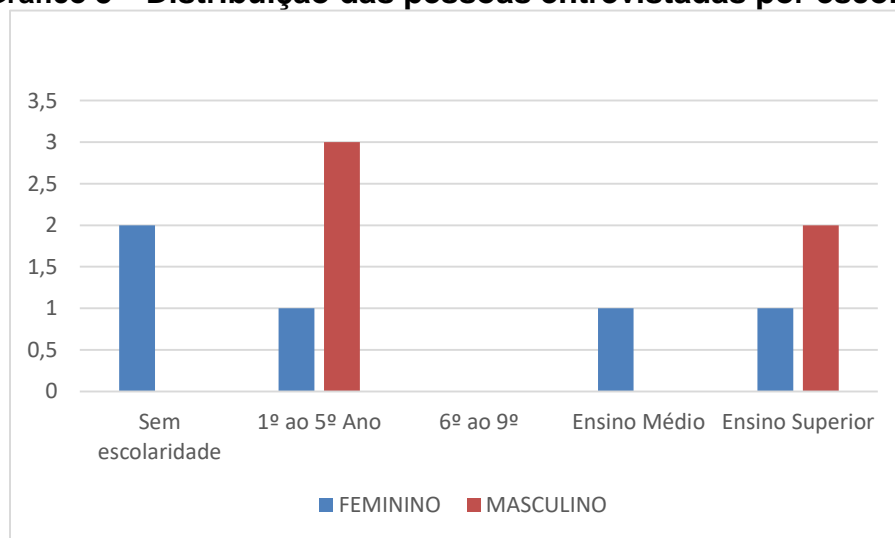
A modernização da mulher brasileira a partir dos anos 60 – sua adesão aos valores individualistas modernos, incluindo o uso de anticoncepcionais, o recurso à psicanálise, seu acesso à educação superior; sua incorporação ao mercado de trabalho etc. – deu-se em uma sociedade altamente hierarquizada em termos de classe, raça e gênero, reproduzindo essas diferenciações. A independência feminina tem a marca de sua classe e de sua cor. Os recursos e oportunidades oferecidos às mulheres beneficiaram principalmente as regiões mais desenvolvidas do país, o sudeste, mais branco, mais urbano. A existência da empregada doméstica é a parte integrante deste contexto hierárquico. Vale ressaltar que é alta a incidência de empregadas domésticas negras. Herança da escravidão, há uma associação direta entre raça negra e profissões desqualificadas (SARTI, 1988, p. 39-40).

Nesse sentido, as conquistas de mulheres e homens negros e pobres encontram-se em patamares inferiores aos das conquistas das mulheres brancas das classes média e alta, visto que estas têm acesso a maiores níveis de escolarização e renda. Para Carneiro (2003) para que atinjam de fato a igualdade, as mulheres negras necessitam de extraordinária mobilidade social.

Nas entrevistas realizadas, são as mulheres que apresentam menor escolaridade e menor renda também. Entre as pessoas entrevistadas, 2 (gênero feminino) não possuem escolaridade (não foram identificadas pessoas do gênero masculino sem escolaridade); foram identificadas 1 pessoa do gênero feminino que cursou do 1º ao 5º ano, 1 com

ensino médio e 1 com nível superior. Entre as pessoas do gênero masculino, foram identificadas 3 com escolaridade do 5º ao 8º ano e 2 com nível superior. Verificou-se que, entre as pessoas idosas, são as do gênero masculino que possuem maior escolaridade, pois são de um período no qual às mulheres não era garantido o acesso à educação, quando muito (visto que o percentual de pessoas idosas sem escolarização é bastante alto) elas frequentavam a escola para aprender a leitura e a escrita para situações corriqueiras do cotidiano.

Gráfico 5 – Distribuição das pessoas entrevistadas por escolaridade



Fonte: Levantamento realizado pela autora.

Em referência à ocupação, as pessoas do gênero feminino entrevistadas declararam ter exercido as seguintes profissões: 2 foram empregadas domésticas (as duas não frequentaram a escola); 1 foi caixa de livraria (5º ano); 1 foi secretária (ensino médio); e 1 professora (nível superior).

As pessoas do gênero masculino disseram ter exercido as seguintes profissões: 1 foi técnico de futebol (3º ano do Ensino Fundamental); 1 policial civil (nível superior); 1 supervisor pedagógico (nível superior); 1 comerciante (5º ano). Consta-se que o nível de escolaridade e renda das pessoas do gênero masculino é maior.

Das entrevistadas que exerceram a profissão de empregada doméstica, 1 não possui renda e a outra é beneficiária do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Historicamente, essa profissão foi alijada do acesso a direitos e à educação. Muitas dessas mulheres iniciaram sua jornada profissional ainda crianças e foram impedidas de frequentar a escola por ser a educação considerada desnecessária para o trabalho doméstico.

A história de vida da sra. Rosa, 64 anos, negra, sem escolaridade, empregada doméstica, sem renda, que se encontrava em situação de rua ao ingressar na ILPI, situação que já havia vivido por outras três vezes, evidencia a série de negações de direitos que a mulher negra e pobre pode vivenciar ao longo da sua vida. Ela relatou sua história de vida assim:

Fui criada praticamente em casa de senhora, sem mãe, sem pai. Pai eu não conheci. Já vivo nesse sofrimento desde pequena. Eu fui praticamente uma pessoa criada sem mãe. Minha mãe não tinha recurso, minha mãe bebia Com 10 anos eu já trabalhava na casa dos outros. Fui babá, lavadeira, empregada doméstica. Nunca assinou a carteira. Trabalhava não assinava, quando fiquei de idade não assinou.

Agora não tenho renda nenhuma. Tenho só um Bolsa Família (R\$ 130,00) e tinha um auxílio aluguel, que eu recebia e cortaram...

Eu não passei muito tempo dessa vez na rua não, porque estava morando em um quartozinho, aí eu recebia o auxílio aluguel, aí chegou e cortou. Antes disso eu tava meio doente, eu cuidava de um netinho, porque eu tinha uma filha drogada que era mãe de um menino. Aí eu peguei esse netinho pra criar. Aí, resultado, aí comecei a ficar doente, doente, no meio da luta me deu uma crise. Já não tava levando o recibo pro CRAS, o que aconteceu foi isso: era muita coisa que eu não levava o recibo. A dona da casa que eu morava viajava muito, porque ela trabalhava com esse negócio de roupa, então eu dava o dinheiro ao filho dela e ele dizia que depois a mãe dele dava o recibo. E foi se passando e não deu o recibo.

Fiquei debaixo do viaduto, na rua. Tava comendo e dormindo, tudo pela rua sem ter onde ficar. Eu ficava ali pelo Aquidabã, certo? Que dava comida.... Aí eu sempre fui acompanhada pela Defensoria Pública ali perto do Canela, perto da faculdade. Foi lá que me encaminharam praqui.

Sra. Rosa, 64 anos, negra, solteira, sem escolaridade, sem renda, vivendo na ILPI 3 há 2 meses

Relatou que teve 8 filhos, mas alguns morreram ainda bebês e outros foram “dados pros outros” ou “um, o pai carregou pra morar com ele”. Ao final, conviveu apenas com uma filha que passou a fazer uso problemático de substâncias psicoativas, deixando o filho sob a responsabilidade da mãe (avó da criança). Por conta das dívidas da filha, teve de se mudar do local que residia, passou pelo aluguel social¹³, mas não conseguiu comprovar o pagamento dos aluguéis à Prefeitura Municipal, perdendo o benefício emergencial, o que fez com que retornasse à situação de rua.

¹³ O Auxílio Moradia, concedido pela Prefeitura de Salvador, é um benefício mensal no valor de R\$300,00 destinado às famílias de baixa renda que tenham sofrido perdas do imóvel em razão de calamidade pública. O auxílio financeiro também beneficia famílias que se encontram em situação de rua. Disponível: <http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/auxilio-moradia/Paginas/default.aspx>. Acesso em 8 de dez. 2019.

Até quando foi promulgada a Lei n. 4.121, de 27 de agosto de 1962, conhecida como Estatuto da Mulher Casada, a mulher casada era considerada relativamente capaz, isto é, para alienar ou gravar de ônus real um imóvel da sua propriedade; aceitar ou repudiar herança; aceitar tutela, curatela ou outro múnus público; litigar em juízo civil ou comercial, exercer profissão, teria que ser com o consentimento do marido. Mesmo com os avanços trazidos por essa lei, a mulher casada ainda era considerada uma colaboradora do marido. Já se vão quase 60 anos da publicação da lei, outras leis foram promulgadas conferindo a igualdade entre homens e mulheres, no entanto, sabemos que a mudança de cultura se faz ao longo de décadas ou séculos.

Ao analisar as relações de poder sofridas pelas mulheres, Cisne (2015) afirma que a análise não pode se basear apenas nas relações de poder dos homens sobre as mulheres, mas é essencial incluir na análise o modo de produção capitalista, pois as relações de classe acirram ainda mais as desigualdades vivenciadas.

São as mulheres trabalhadoras, de baixa renda, as mais atingidas por este modelo econômico e cultural da sociedade pois elas são exploradas, oprimidas e discriminadas pelo sexo e pela classe, vivendo no limite da sobrevivência com relação às suas necessidades básicas, inclusive, de alimentação [...] O que se defende não é a neutralização ou anulação das diferenças, mas a percepção de que o movimento feminista deve considerar dialeticamente os aspectos econômicos, políticos e sociais. Do contrário, só se fragmentam e pulverizam as mulheres (CISNE. 2015, p. 93 e 96).

O modo de produção capitalista levou cada vez mais as mulheres ao mercado do trabalho, deixando de ser exclusivamente do homem o papel de provedor. E as mulheres vêm há décadas deixando o âmbito estritamente doméstico (esfera privada) para ocupar a esfera pública da sociedade, compartilhando a manutenção da casa, ou sendo a única responsável pela manutenção do grupo familiar, tanto por conta do desemprego dos homens quanto pela dissolução da união.

Segundo Berquó (2004), ainda hoje o casamento beneficia mais os homens do que as mulheres, especialmente os homens mais velhos, formados na cultura de que é papel da mulher cuidar da casa e deles. É aceito culturalmente que homens viúvos vivam novos casamentos, especialmente com mulheres mais jovens, sob a justificativa que precisam de alguém para cuidar deles e para que não corram o risco da depressão.

De forma distinta, o número de mulheres viúvas que casam novamente é muito inferior; para as mulheres mais velhas, muitas vezes a viuvez significa o momento de

se libertar de todas as amarras e impedimentos impostos pela educação opressora recebida pelos pais e as imposições do casamento marcado pelo machismo.

Quanto ao estado civil das pessoas entrevistadas, 50% das entrevistadas do gênero feminino declararam ser viúvas e 50% declararam ser solteiras; já entre o gênero masculino, 1 declarou ser viúvo, 1 declarou ser solteiro e 2 se declararam divorciados.

No que se refere ao cuidado, como dito anteriormente, é considerada uma atividade eminentemente feminina. A mudança na estrutura das famílias – com redução do número de filhos, casais sem filhos, inserção das mulheres no mercado de trabalho – tem interferido nesse cuidado por parte da família, o que tem feito com que a busca por ILPIs tenha crescido de forma exponencial. Isso pôde ser confirmado nesta pesquisa, das 10 (dez) pessoas idosas entrevistadas:

Tabela 4 – Com quem vivia antes de vir para a ILPI

Com quem vivia antes de vir para a ILPI		
	Homens	Mulheres
Com filho	00	01
Com sobrinho	00	02
Sozinha (o)	04	02
Na rua	00	01
Σ	04	06

Fonte: Levantamento realizado pela autora.

Entre as pessoas do gênero feminino, das 3 viúvas apenas 1 teve filhos; e entre as 3 solteiras, apenas 1 teve filhos. Dessa forma, 66,6% das mulheres entrevistadas não tiveram filhos. Entre o gênero masculino, 3 possuem e 1 não possui filhos; em sentido inverso ao gênero feminino, 66% do gênero masculino possui e 33% não possui filhos. Das 4 entrevistadas que possuem filhos, apenas 1 (gênero feminino) residia com o filho antes de residir na ILPI.

Em referência ao cuidar dos filhos e estes constituírem família ou passarem a residir fora da casa dos pais, a história de vida relatada pelo sr. Colibri demonstra que foi o casamento dos filhos que o motivou a buscar a ILPI.

Eu tinha um apartamento, meu filho me acompanhava e eu morava aqui, paralela aqui, na rua tal (nome da rua suprimido para não identificar a ILPI).

Ah! Eu não tinha tempo não, era assessorando os filhos, o café da manhã, a janta, recebiam tudo na mão, eu mesmo me virava na cozinha que aprendi muito com a minha mãe, né? E até hoje eles ainda têm saudade do pirão [risos]. Ah! Eles gostavam muito da comida lá, tem horas que eu dou uns toques neles aqui, mas não adianta não, aqui é dieta. Eu gostava muito de cozinhar, eu herdei esse dom da minha mãe. Eu era pai e mãe, eles sentem até hoje essa falta.

Aí... é... formei três filhos, cada um levantou voo pro seu lugar e... Ah! Aí é que está a questão, porque morando pertinho, quando eu sentia a necessidade de alguém daqui, devido à Teologia e à Filosofia, eu vinha dar uma força aqui, fazer uma leitura, uma reflexão. Aí, terminou quando eu analisei mais ou menos, pensei: eu acho que vou morar por aqui.

A filha, né? Fez um bom matrimônio, que inclusive tá numa harmonia boa e tudo mais, aí eu falei: o quê? Eu vou para o meu cantinho.

Antes, meu tempo era dividido assim, entre mercado, cozinha [...] cuidar do filho no que precisava, nas férias eu assessorava uma que deslocava comigo né, porque a outra foi para Curitiba, arranhou trabalho, passou no concurso, trabalha lá. E o psicólogo muito independente não casou aqui, mas aí uma dona carregou lá pra Atibaia (risos) na data da confusão de Lula. Tá lá, montou um escritório de Psicologia, tá lá independente, tá numa boa. E aí pronto.

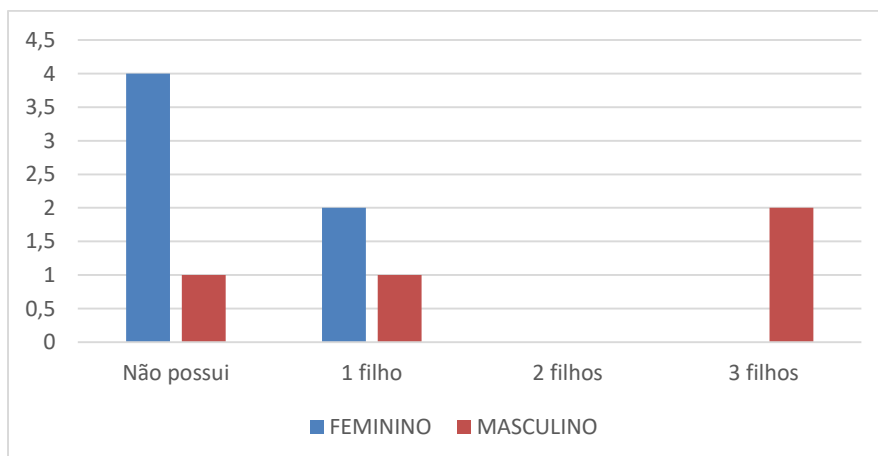
Para que dar trabalho ao filho? Eu sou independente. E aqui não me falta nada, é assistência médica boa, nutricionista adequou mais ou menos minha saúde, regulou a minha alimentação, então vou convivendo aqui.

Sr. Colibri, 85 anos, branco, divorciado, pedagogo, cursos incompletos de Filosofia e Teologia, servidor público aposentado, vivendo na ILPI 2 há 5 anos.

Além da ausência de cuidado em âmbito familiar, há que se considerar que condições econômicas desfavoráveis também fazem com que pessoas idosas busquem a ILPI como forma de garantir a satisfação das suas necessidades básicas.

Entre aqueles que relataram que possuíam residência, tanto entre as pessoas do gênero masculino quanto as do feminino, o motivo que as levou a residir em ILPI foi não querer “dar trabalho a ninguém”, principalmente porque entre as pessoas entrevistadas, 50% não possuíam filhos e não contavam com o suporte familiar.

Gráfico 6 – Distribuição por número de filhos



Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Identifiquei três histórias de vida bastante distintas,

- **Sra. Rosa** – trabalhou desde os 10 anos de idade e não conseguiu ter renda para prover sua subsistência, foi encaminhada à ILPI por um Órgão do Sistema de Justiça (Defensoria Pública do Estado da Bahia) por se encontrar em situação de rua. Verbalizou que seu desejo é voltar a ter sua casa, mas, recebendo apenas o benefício Bolsa Família, não é possível arcar com o custo do aluguel e alimentação.
- **Sr. Colibri** – cursou nível superior de Pedagogia, iniciou os cursos de Teologia e Filosofia, mas não concluiu. Viveu em casa própria até fazer a escolha por residir em instituição. Mesmo residindo na instituição, permaneceu prestando cuidados ao seu filho até que este se mudou para outro estado. Hoje se dedica à religião como forma de ocupar seu tempo. O sr. Colibri apresentou como motivação para residir em ILPI, primeiro não querer dar trabalho ao filho e segundo o fato de já conhecer a instituição que escolheu para residir.
- **Sra. Jasmim** – 78 anos, morena clara, solteira, sem filhos, pedagoga. Não casou, trabalhava, mas era a cuidadora principal dos seus pais; cuidou dos dois até o falecimento deles. Permaneceu residindo no apartamento até que começou a apresentar problemas de saúde, quando optou por residir na instituição para ter quem lhe prestasse os cuidados necessários. Mantém seu apartamento, vai ao seu imóvel ao menos uma vez por semana. Relatou que os sobrinhos a convidaram para residir na casa deles, “mas eu não quero dar trabalho a ninguém. Eles têm a vida deles, aqui eu tenho quem cuida de mim”.

No capítulo seguinte, apresentarei de que forma o tema envelhecimento e políticas públicas para pessoas idosas passou a figurar nas discussões em nível mundial, levando o Brasil, na condição de país membro da ONU, a se comprometer a implementar legislação e programas de proteção à pessoa idosa.

3 PRINCÍPIOS E MARCOS NORMATIVOS DE PROTEÇÃO À PESSOA IDOSA

Uma sociedade para todas as idades possui metas para dar aos idosos a oportunidade de continuar contribuindo com a sociedade.

Para trabalhar neste sentido, é necessário remover tudo o que representa exclusão e discriminação contra eles.

Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (parágrafo 19), Madrid, 2002.

Este capítulo tem por objetivo apresentar o Estado como um dos componentes do tripé de proteção à pessoa idosa (família, Estado e sociedade). Apresenta as discussões realizadas em âmbito mundial que subsidiaram e comprometeram os Estados membros a criarem legislação de proteção, bem como elaborarem políticas públicas garantidoras de direitos a essa população.

Analisa a CF de 1988, enquanto legislação que demandou a elaboração de legislações infraconstitucionais, tais como Política Nacional do Idoso (PNI), Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), Estatuto do Idoso e outras legislações criadas também como resultado da organização da sociedade civil e do Estado para dar respostas às necessidades desse segmento populacional.

A partir dos documentos norteadores e das legislações elaboradas nas três últimas décadas, podemos vislumbrar o modelo de instituição de longa permanência que deve ser oferecido, que preveja a superação do modelo asilar (que será apresentado em capítulo subsequente) e que se pautem na concepção de independência, participação, autorrealização e dignidade das pessoas idosas.

3.1 O envelhecimento na agenda governamental

Por muito tempo, a velhice foi considerada um problema da esfera privada, que deveria ser tratado pelo próprio indivíduo, por sua família e, em último caso, pela filantropia. Cabendo a cada um ou à família solucionar as questões relacionadas a saúde, dependência e renda. No entanto, com o aumento significativo desse segmento populacional, o crescente número de pessoas idosas que não contam com suporte familiar, bem como os reflexos dessa realidade no sistema de saúde e previdência, foi preciso dar respostas governamentais às questões das velhices.

Segundo Dell'Isola e Cavalcanti (2019), o envelhecimento começou a ser tratado pela Organização das Nações Unidas (ONU)¹⁴ em 1956, quando promoveu estudos sobre o tema; em 1966 a instituição aprovou o Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que fez referência ao direito à seguridade social da pessoa mais velha; e em 1973 sua Assembleia Geral ressaltou a necessidade de os países protegerem os direitos e o bem-estar das pessoas idosas.

A ONU tem uma série de propósitos e princípios que regem suas ações e devem ser seguidos por todos os seus países membros; entre esses princípios destacam-se: a igualdade soberana de todos os membros e a obrigação de todos os membros cumprirem de boa-fé os compromissos da Carta. Entre os propósitos destacam-se: realizar a cooperação internacional para resolver os problemas mundiais de caráter econômico, social, cultural e humanitário, promovendo o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais; ser um centro destinado a harmonizar a ação dos povos para a consecução desses objetivos comuns.

Com o crescimento da população idosa no mundo e a necessidade de elaborar políticas de atendimento a essa população, na década de 1980 o tema envelhecimento passou a integrar a agenda da Organização Mundial de Saúde (OMS), agência da ONU para a saúde, que reuniu dois anos depois representantes de vários países na Primeira Assembleia Geral sobre Envelhecimento com o objetivo de discutir a manutenção da independência e da vida ativa nessa fase da vida. A assembleia teve como produto final o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, documento norteador das políticas públicas sobre envelhecimento.

A OMS colocou as temáticas da manutenção da independência e vida ativa, a prevenção, promoção e qualidade de vida para pessoas idosas como desafios a serem enfrentados e essenciais à elaboração de políticas públicas para a população idosa.

Em 14 de dezembro de 1990, a Assembleia Geral das Nações Unidas, através da Resolução n. 45/106, designou o 1º de outubro como o Dia Internacional das Pessoas Idosas. Em 1991, reconhecendo a diversidade na situação das pessoas idosas tanto no

¹⁴ A Organização das Nações Unidas (ONU) foi criada após a II Guerra Mundial, sob o sentimento geral de que era necessário encontrar uma forma de manter a paz entre os países. Ela substituiu a Liga das Nações (criada após a I Guerra) e foi inaugurada formalmente em 24 de outubro de 1945, após a ratificação por China, Estados Unidos, França, Reino Unido e a ex-União Soviética da Carta elaborada pelos representantes dos 50 países presentes à Conferência realizada entre 25 de abril e 26 de junho do mesmo ano. A sede da ONU é em Nova York, mas entidade possui também sedes em Genebra, Viena e Nairóbi, além de escritórios espalhados pelo mundo. Fonte: Nações Unidas Brasil. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/conheca/historia/>. Acesso em 18 abr. 2019.

que se refere ao território quanto no que se refere às diferenças individuais – o que lhe exigia diferentes respostas –, a ONU promulgou a Resolução n. 46/1991, elencando 5 princípios (independência, participação, assistência, realização pessoal e dignidade), detalhados em 18 pontos que os países membros deveriam buscar incorporar a seus programas nacionais.

Os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas, adotados pela Resolução n. 46/1991, elencam como direitos das pessoas idosas: o acesso à água, alojamento, cuidados de saúde; renda; educação; viver em ambientes seguros e adaptáveis; ter a possibilidade de viver no seu domicílio o tempo que for possível; participar da formulação e execução de políticas que afetem o seu bem-estar; acesso a serviços sociais e jurídicos que reforcem sua autonomia e proteção; ser tratados de forma justa, independentemente de idade, gênero, origem racial ou étnica, deficiência ou outra condição, além de ser respeitado independentemente da sua contribuição econômica. Quanto a pessoas idosas que estejam em instituição, a resolução estabelece que

13. Os idosos devem ter a possibilidade de utilizar meios adequados de assistência em meio institucional que lhes proporcionem proteção, reabilitação e estimulação social e mental numa atmosfera humana e segura.
14. Os idosos devem ter a possibilidade de gozar os direitos humanos e liberdades fundamentais quando residam em qualquer lar ou instituição de assistência ou tratamento, incluindo a garantia do pleno respeito da sua dignidade, convicções, necessidades e privacidade e do direito de tomar decisões acerca do seu cuidado e da qualidade das suas vidas (Resolução 46/1991 - ONU).

O documento reconhece ainda a necessidade de estabelecer parâmetros de atuação para as instituições de assistência à pessoa idosa, reiterando a importância de a pessoa idosa ser respeitada na sua integralidade, esteja residindo sozinha, com seus familiares ou em instituição; esteja independente ou apresente dependência, lúcida ou não lúcida. Enfim, ser respeitada como ser humano, em suas individualidades e particularidades.

Segundo Fabrício (2017, p. 29), na década de 1990 o Comitê Econômico e Social da União Europeia propôs que no período de 1º de janeiro de 1991 a 31 de dezembro de 1993 fossem desenvolvidas ações comunitárias a favor dos idosos, “com o objetivo de definir estratégias preventivas para fazer face aos desafios de ordem econômica e social resultantes do envelhecimento populacional”.

No ano de 1992, a Conferência Internacional sobre o Envelhecimento (ONU) se reuniu para dar seguimento ao Plano de Ação sobre o Envelhecimento, consciente do

desafio representado pelo envelhecimento em âmbito mundial, que o envelhecimento constituía (e ainda constitui) um desafio na urgência de políticas e programas governamentais, não governamentais e privadas para garantir que as necessidades das pessoas idosas sejam adequadamente enfrentadas.

A conferência conclamou governos e sociedade civil a, entre outros pontos, promover a implementação do Plano Internacional de Ação; apoiar parcerias e práticas sobre envelhecimento; encorajar os países doadores e beneficiários a incluírem os idosos nos seus programas de desenvolvimento; estimular a imprensa e meios de comunicação a desempenhar papel central na criação de uma consciência do envelhecimento, divulgação dos princípios nas Nações Unidas para os idosos; fazer com que os tomadores de decisão e pesquisadores cooperem na realização de estudos orientados para a ação; fazer com que os formuladores de políticas concentrem a atenção e os recursos em oportunidades tangíveis, e não em metas desejáveis, mas inatingíveis. Estabeleceu o ano de 2001 para o alcance de metas globais em matéria de envelhecimento e, por fim, declarou 1999 como o Ano Internacional do Idoso.

Desde a década de 1980, os países europeus criaram o evento Ano Europeu com o objetivo de definir futuras políticas, promover o debate e o diálogo, mudar mentalidades em nível nacional e europeu, podendo em alguns casos propor nova legislação sobre o tema. Assim, em 1993 foi instituído o Ano Europeu dos Idosos e da Solidariedade entre Gerações, com o objetivo de dar especial atenção ao tema.

Na Europa, a década de 1990 foi um período bastante profícuo de discussões e implementação de legislações de proteção às pessoas idosas. No ano de 1995 o Comitê Econômico e Social publicou a Resolução Legislativa sobre a proposta de decisão do Conselho relativa ao apoio comunitário a ações em favor dos idosos. E no mesmo ano emitiu parecer sobre a Decisão do Conselho relativo ao Apoio Comunitário a Ações em favor dos idosos. Para Veiga (2014),

Esse Parecer é importante, pois nele o Comitê chama a atenção para a necessidade de se favorecer a participação e a tomada de decisões dos idosos em matérias que lhes dizem respeito. Assim, sugere que seja elaborada uma “Carta Comunitária dos Direitos Fundamentais das Pessoas Idosas”, privilegiando os seguintes objetivos: formação e reciclagem dos trabalhadores idosos; planificação e preparação da reforma; livre circulação e transferência das pensões; rendimento decente; direito à reforma; redução nas tarifas de transporte público; solidariedade entre gerações; direito a cuidados de saúde adequados; habitat adaptado às condições e necessidades dos idosos; residências de acolhimento e ajuda domiciliária; proteção contra a violência; preocupação com as necessidades e desejos dos

idosos migrantes, minorias étnicas, idosos do meio rural, mulheres idosas e idosos dependentes (VEIGA, 2014, p. 380).

No ano de 2002, a OMS publicou o documento intitulado *Active Ageing: A Policy Framework*, que em língua portuguesa recebeu o nome de Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde. O documento foi base para a Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento e para várias políticas voltadas a pessoas idosas no mundo. O Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-BRASIL, 2015) assinala que o conceito de envelhecimento ativo vai além da prevenção de doenças e cuidado à saúde, baseia-se em quatro pilares: saúde, segurança, participação e educação ao longo da vida. Os pilares do envelhecimento saudável se baseiam na concepção de que a capacidade de participar de todas as esferas de atividades depende em grande parte da saúde física e mental; a participação contribui para a boa saúde; a aprendizagem melhora a capacidade de se manter saudável e de adquirir conhecimentos que contribuirão para a segurança pessoal. Dessa forma, quanto mais saudável e instruída for a pessoa idosa, maiores serão suas chances de participar plenamente da sociedade.

O relatório estruturou o envelhecimento de acordo com uma perspectiva de curso de vida para criar a base para um continuum de políticas para otimizar a qualidade de vida desde o nascimento até a morte e encorajar o engajamento de todas as faixas etárias. Outro avanço foi construir o Envelhecimento Ativo no âmbito do modelo de promoção à saúde como base para a ação coordenada em múltiplos setores de políticas. A OMS ancorou o Envelhecimento Ativo em uma abordagem baseada em direitos, fundamentada pelos *Princípios das Nações Unidas para o Idoso*, e não uma baseada em necessidades (ILC-BRASIL, 2015, p. 13-14).

Em 2002, ocorreu em Madri (Espanha) a Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, quando os países participantes adotaram dois documentos – a Declaração Política e o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, e se

comprometeram a elaborar e implementar medidas no enfrentamento aos desafios do envelhecimento. As recomendações se basearam em três pontos principais:

- 1) Pessoas idosas e desenvolvimento;
- 2) Promover a saúde e o bem-estar na velhice; e
- 3) Garantir ambientes facilitadores e de suporte.

Pelo compromisso firmado, o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento se traduziria em planos de ação regionais e se consubstanciaria em balizador da política internacional para o envelhecimento no século XXI.

Desde a Assembleia da ONU, alguns países da América Latina modificaram suas Constituições e criaram leis que, em diferentes graus, favoreceram as pessoas idosas. Entre esses países estão Brasil (1988), Peru (1993), Bolívia (1994), Equador (1998) e Venezuela (1999).

Impulsionados pelo aumento do número de pessoas idosas desde o início do século passado, os países da União Europeia (UE) incorporaram a suas agendas políticas de atenção às pessoas idosas. Veiga (2014) faz uma análise dos documentos emitidos pela UE de 2000 a 2013 e avalia que, ao longo do período, foi dedicada especial atenção à elaboração de documentos orientadores e incentivadores de políticas públicas dos seus países membro voltadas à população idosa. Com isso, esses países foram “construindo um conhecimento mais amplo e aprofundado sobre a temática do envelhecimento, muito provavelmente alimentados pelas investigações da própria UE” (VEIGA, 2014, p. 392).

O quadro a seguir apresenta os documentos emitidos pela União Europeia no período de 2000 a 2013.

Quadro 2 – Documentos emitidos pela União Europeia

ANO	POLÍTICAS PARA PESSOAS IDOSAS – DOCUMENTOS EMITIDOS PELA UNIÃO EUROPEIA PERÍODO DE 2000 A 2013
2000	<ul style="list-style-type: none"> • O Comitê Econômico e Social elabora parecer sobre os trabalhadores idosos analisando as transformações do trabalho no ciclo de vida; • A Comissão envia ao Parlamento uma comunicação relativa à avaliação da “Fase Bridge da Tide” (tecnologia para deficientes e idosos); • É aprovada a comunicação “Uma Europa para todas as idades: promovendo a prosperidade e a solidariedade entre as gerações”.
2001	<ul style="list-style-type: none"> • Ratificação do relatório sobre tecnologias para pessoas com deficiência e idosos, destacando que os imóveis públicos e privados sejam acessíveis a essa população;

	<ul style="list-style-type: none"> Publicada comunicação da Comissão ao Conselho sobre “Futuro dos cuidados de saúde e dos cuidados para as pessoas idosas: garantindo a acessibilidade, a qualidade e a viabilidade financeira”.
2002	<ul style="list-style-type: none"> Publicada a comunicação intitulada “Resposta da Europa ao Envelhecimento da População Mundial: contribuição da Comissão Europeia para a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento”.
2003	<ul style="list-style-type: none"> A Comissão apresenta a comunicação “Cuidados de saúde e cuidados aos idosos: apoio às estratégias nacionais destinadas a garantir um elevado nível de proteção social”; Resolução relativa à inclusão social através do diálogo social e da parceria, em que se pontua a necessidade de garantir o aumento da mobilidade e o envelhecimento ativo, a promoção da igualdade de oportunidades e da diversidade.
2004	<ul style="list-style-type: none"> A Comissão propõe o aumento dos níveis de emprego dos trabalhadores mais velhos e o retardamento da saída do mercado de trabalho; o Comitê Econômico e Social emite parecer concordando, mas ressalva que a formação profissional e a aprendizagem devem ser realizadas ao longo da vida e não podem ser tratadas de forma isolada, devendo ter papel motivador em todas as idades, e sugere ainda que a vida ativa deve ser abandonada gradativamente, quando os trabalhadores assim o quiserem, com redução gradativa da jornada de trabalho e não através de uma data rigorosa; O Comitê Econômico e Social se pronuncia por mais duas vezes no ano sobre a importância do incentivo ao desenvolvimento de pesquisa multi e interdisciplinar e da investigação geriátrica socialmente participativa, para que a velhice seja vista e considerada pela sociedade com mais dignidade; E o último parecer de 2004 se refere às relações entre as gerações como “um importante e vasto tema para reflexão sociológica e política”.
2005	<ul style="list-style-type: none"> Divulgada comunicação da Comissão intitulada “Livro Verde: uma nova solidariedade entre as gerações face às mudanças demográficas”. No documento é levantada uma série de questionamentos: “como reforçar a solidariedade entre as gerações através de uma integração social mais forte dos jovens e dos reformados e idosos; como promover a qualidade de vida, um grau de saúde elevado para todos e a formação contínua, incluindo depois da reforma; como adaptar os sistemas de produção e de proteção social às exigências das sociedades em envelhecimento; como garantir que o envelhecimento seja tido em conta em todos os domínios de ação política?”.
2006	<ul style="list-style-type: none"> O Parlamento Europeu acolhe a comunicação divulgada pela Comissão no ano anterior e, entre outros pontos, defende uma nova solidariedade entre as gerações e maior desenvolvimento dos modelos sociais existentes, a solidariedade social para todos, e encoraja o potencial de todas as gerações.
2007	<ul style="list-style-type: none"> Instituído o “Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todos: Para uma Sociedade Justa”, com o objetivo de combater a discriminação em razão do sexo, raça ou origem étnica, religião ou crença, deficiência, idade ou orientação sexual.
2008	<ul style="list-style-type: none"> O Comitê Econômico e Social divulga duas comunicações (“Promover a solidariedade entre as gerações” e “Envelhecer bem na sociedade da comunicação”) e dois pareceres (“Promover a solidariedade entre as Gerações” e “Sobre o impacto econômico e orçamentário do envelhecimento”) alertando que a temática da solidariedade entre as gerações não deve se restringir à questão demográfica, mas ser considerada uma questão prioritária tanto para instituições, parceiros sociais e organizações da sociedade civil, quanto para jovens e idosos, por ser determinante para o desenvolvimento europeu e para renovação do pacto

	<p>social que rege as democracias; e que o aumento da idade legal da aposentadoria pressupõe aumento dos esforços sobre a saúde e segurança no trabalho;</p> <ul style="list-style-type: none"> • O Parlamento e o Conselho Europeu: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovam decisão pela qual se estabelecem diretrizes para um programa de investigação e desenvolvimento intitulado “Assistência à autonomia no domicílio”; 2. Emitem parecer denominado “Ter em conta as necessidades dos mais velhos”, que sugere, entre outras ações, que se reconheça o contributo dado pelas pessoas mais velhas (incluindo os imigrantes) e campanhas de comunicação social sobre envelhecimento ativo.
2009	<ul style="list-style-type: none"> • O Parlamento Europeu se manifesta sobre a ausência de discriminação com base no sexo e a solidariedade entre gerações; e publica decisão para concessão de aposentadorias por invalidez, velhice e sobrevivência; enquanto o Comitê Econômico e Social emite parecer sobre a “Situação dos trabalhadores mais velhos face às mudanças industriais: assegurar o apoio e gerir a diversificação da estrutura de idades nos setores de atividade e nas empresas”; e a Comissão publica a comunicação “Gerir o impacto do envelhecimento da população na União Europeia (Relatório sobre o Envelhecimento Demográfico 2009)”.
2010	<ul style="list-style-type: none"> • O Comitê Econômico e Social emite dois pareceres: um intitulado “As consequências do envelhecimento da população para os sistemas sociais e de saúde” e outro favorável à proposta de decisão do Parlamento Europeu e do Conselho em instituir o ano de 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo, argumentando que o envelhecimento ativo se refere também à saúde, à dignidade e à alegria de viver e não apenas ao prolongamento da atividade profissional ou à participação na sociedade; • O Parlamento Europeu edita a Resolução acerca dos desafios demográficos e a solidariedade entre gerações.
2011	<ul style="list-style-type: none"> • A Comissão recomenda que seus Estados membros cooperem na elaboração e execução da agenda de investigação estratégica e que coordenem em conjunto programas tais como Parceria Inovadora para o Envelhecimento Ativo e Saudável, e Assistência à Autonomia no Domicílio; • Edição da Resolução instituindo 2012 o “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade em Gerações”.
2012	<ul style="list-style-type: none"> • A Comissão define diretrizes para a concretização do “Plano de Execução Estratégica da Parceria de Inovação para um Envelhecimento Ativo e Saudável”; • O Comitê emite dois pareceres: “Horizontes 2020: roteiros para o envelhecimento” e “O contributo e a participação dos idosos na sociedade”, nos quais pontua que a idade cronológica é apenas uma das muitas características que definem uma pessoa e que uma sociedade inclusiva exige responsabilidade coletiva.
2013	<ul style="list-style-type: none"> • O Parlamento e o Conselho publicam o Regulamento criando o Programa “Direitos, Igualdade e Cidadania” para o período de 2014 a 2020.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Veiga, 2014.

Verifica-se que a Europa buscou implementar ações para dar conta de temas relativos à pessoa idosa, entendendo a idade cronológica como uma das tantas características da pessoa. Identificou também como primordial a intergeracionalidade entre jovens e pessoas idosas como um dos fatores essenciais ao processo de

envelhecimento saudável. Entende-se que as decisões tomadas não foram tão somente pela preocupação com a pessoa humana, mas principalmente pelas repercussões que o aumento da população idosa traz para as diversas políticas públicas de saúde, habitação, transporte e, especialmente, para a seguridade social.

Os estudos demográficos demonstram a importância da discussão e implementação de políticas públicas para as pessoas idosas, sendo necessária a união de esforços dos diversos organismos e governos. O UNFPA (2012) chama a atenção tanto para o quantitativo de pessoas idosas no mundo quanto para a importância de não tratar as velhices como uma situação homogênea.

A geração mais velha não é um grupo homogêneo, para o qual bastam políticas generalistas. É importante não padronizar os idosos como uma categoria única, mas reconhecer que essa população apresenta características tão diversas quanto qualquer outro grupo etário em termos, por exemplo, de idade, sexo, etnia, educação, renda e saúde. Cada grupo de idosos, tais como os de baixa renda, de mulheres, de homens, de idade mais avançada, de indígenas, de analfabetos, da população urbana ou rural, tem necessidades e interesses específicos que precisam ser tratados especificamente, por meio de programas e modelos de intervenção adequados a cada segmento (UNFPA, 2012, p. 3-4).

As diferenças não são apenas no quantitativo de pessoas idosas em cada continente ou país, elas são especialmente relacionadas à forma como essa fase é vivenciada individual e coletivamente, considerando-se a inserção do país e do indivíduo no modo de produção. Essas inserções impactam no acesso aos bens e serviços produzidos, refletindo-se também na qualidade de vida da pessoa idosa, pois, a partir desses elementos, o sujeito poderá ou não ter acesso a renda, alimentação, sistema de saúde, moradia e rede de apoio adequados às suas necessidades.

Além disso, é importante salientar que o gênero também impacta na vivência dessa fase da vida. Portanto, as políticas públicas direcionadas às pessoas idosas devem considerar a inserção dessas pessoas no modo de produção, além de questões de gênero e raça, para que possam dar respostas eficazes a esse crescente segmento da população.

3.2 Assistência social e políticas de proteção à pessoa idosa no Brasil

Até a promulgação da Constituição Federal de 1988, quando passou a ser considerada alvo de política pública, integrando em conjunto com a saúde e a previdência o tripé da política de seguridade social, a assistência social era realizada de forma

assistemática, pontual e eventual, não estando explícito de que forma seria executada.

Fazendo um retrospecto, na Constituição de 1934, fica evidenciado que a ação governamental deveria se dirigir aos indigentes, às famílias com prole numerosa, para proteger a juventude de todo tipo de abandono. A Constituição Federal de 1937 foi mais superficial: ao tratar da assistência prestada aos cidadãos brasileiros, se referiu tão somente à assistência prestada à infância.

Nas Constituições de 1934 e 1937, o Estado admite a existência de problemas sociais e prevê amparo aos desvalidos, à maternidade e à infância, mas não explicita de que forma essa assistência seria implementada. Nesse período, são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), Serviço Social do Comércio (SESC) e Serviço Social da Indústria (SESI), destinados a prestar serviços de assistência aos trabalhadores e seus familiares, mediante auxílios, subsídios e subvenções do poder público. Nesse período, sob influência da Ação Social Católica, nasce o curso de Serviço Social no Brasil. A primeira escola foi implantada em São Paulo, como forma de organizar a caridade prestada pelas mulheres da elite paulistana.

As Constituições de 1946, 1967 e 1969 vedaram a instituição de impostos sobre o patrimônio, a renda ou os serviços de instituições de assistência social e previra a necessidade de lei especial que disciplinasse a assistência à maternidade, à infância e à adolescência, e a educação de excepcionais (FOWLER, 1998, p. 68). Com vistas a prestar assistência aos excepcionais, em 1954 surge a primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) no Rio de Janeiro. Atualmente, o termo “excepcional” não é mais utilizado, tendo a APAE o objetivo de promover atenção integral à pessoa com deficiência intelectual e múltipla.

Em 1942 a então primeira-dama do país, Darcy Vargas, com o auxílio da Federação das Associações Comerciais e da Confederação Nacional da Indústria, funda a Legião Brasileira de Assistência (LBA), órgão assistencial que objetivava auxiliar as famílias dos soldados enviados à II Guerra Mundial. Com o fim da guerra, tornou-se órgão de assistência às famílias necessitadas em geral. Até sua extinção em 1995, a LBA era presidida pelas primeiras-damas, delegando-se às esposas dos presidentes da República a gestão da caridade governamental. Nesse período, a proteção social era destinada aos trabalhadores com carteira de trabalho assinada. Portanto, possuía por base o seguro social, isto é, a proteção social contributiva. A assistência social não contributiva possuía por características:

- ✓ Ação caritativa – a assistência vista como favor, benesse aos pobres e destituídos;
- ✓ Ação voluntarista – casuística, espontaneísta, dependente dos esforços de solidariedade da sociedade civil;
- ✓ Voltada para o problema individual – as carências são de responsabilidade do indivíduo e não resultado da estrutura da sociedade;
- ✓ Eventual e incerta – o alvo das ações é o miserável;
- ✓ Ação feminina – coisa de mulher que tem coração, não de governo que tem razão.

Segundo Alcântara, Camarano e Giacomini (2016, p. 20),

[...] a primeira iniciativa do governo federal na prestação de assistência ao idoso ocorreu em 1974 e consistiu em ações preventivas realizadas em centros sociais do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e da sociedade civil, bem como de internação custodial dos aposentados e pensionistas do INPS a partir de 60 anos (ALCÂNTARA; CAMARANO; GIACOMINI, 2016, p. 20).

As autoras prosseguem afirmando que a Portaria n. 82, de 4 de julho de 1974 foi revogada pela Portaria n. 25 de 9 de novembro de 1979, fazendo com que pessoas idosas não previdenciárias passassem a contar com a assistência social, cabendo à LBA a função de integrar as ações estatais e privadas a fim de evitar ações dispersas e esforços isolados.

Delgado e Cardoso Jr. (2004) sustentam que apenas em 1971, com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural/Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (Prorural/Funrural), os trabalhadores rurais, pescadores (1972) e garimpeiros (1975) passaram a ser contemplados com o direito à aposentadoria por idade (65 anos), no valor de 50% do salário mínimo, e quando aposentados por invalidez faziam jus a 75% do salário mínimo. O benefício era destinado apenas ao arrimo de família, o que acabava excluindo o acesso de boa parte das mulheres ao benefício. Àquelas consideradas dependentes do marido restavam pensão por morte, auxílio funeral e auxílio-reclusão, todos no valor de meio salário mínimo.

Em 11 de dezembro de 1974, a Lei n. 6.179 instituiu a Renda Mensal Vitalícia (RMV), destinada a maiores de 70 (setenta) anos e cidadãos definitivamente incapacitados para o trabalho (inválidos). Para ter direito à RMV, a pessoa precisava ter tido em algum momento da vida laboral filiação com o Regime Geral da Previdência por no mínimo doze meses ou ter ingressado no regime de previdência após os 60 (sessenta) anos.

Não há dúvidas de que a promulgação da Constituição de 1988 foi o grande

marco na história do Brasil para a criação e implementação das políticas públicas em todas as áreas – saúde, educação, direitos humanos, assistência social, etc. A partir da CF de 1988, a assistência social passa a ter um novo status, passa a ser política de Estado.

É uma rede de proteção impeditiva da pobreza extrema, que busca corrigir injustiças e prevenir situação de vulnerabilidade e risco social. A assistência social passa a, em conjunto com as políticas de saúde e previdência, formar o tripé da seguridade social.

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:
 I – a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
 II – o amparo às crianças e adolescentes carentes;
 III – a promoção da integração ao mercado de trabalho;
 IV – a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
 V – a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:
 I – descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;
 II – participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

A seguridade social é o conjunto de ações e instrumentos por meio do qual se pretende alcançar uma sociedade livre, justa e solidária, erradicar a pobreza e a marginalização, reduzir as desigualdades sociais e promover o bem-estar de todos. Podemos conceituar assistência social como política de seguridade social que visa, de forma gratuita e desmercantilizadora, a contribuir para a melhoria das condições de vida e de cidadania da população pobre mediante três procedimentos básicos:

- a)** Provimento público de benefícios e serviços básicos como direito de todos;
- b)** Inclusão no circuito de bens, serviços e direitos de segmentos sociais situados à margem desses frutos do progresso;
- c)** Manutenção da inclusão supracitada e estímulo ao acesso a patamares mais elevados de vida e de cidadania, mediante o desenvolvimento de ações integradas no âmbito das políticas públicas.

Para Pereira (1999), a assistência social passa a ser seguridade oferecida pelo

Estado como direito inalienável dos segmentos da sociedade que não possuem poder de compra de um seguro social. Volta-se a trabalhadores com salários insuficientes, desempregados, famílias sem teto ou vivendo em moradias precárias, grupos sociais determinados sem acesso garantido e sustentável à alimentação.

A assistência social como política pública é pautada pela perspectiva da igualdade e da justiça e exige atitudes positivas, ativas, por parte do Estado. É por isso que, no campo da assistência social, a participação do Estado, seja como regulador, seja como provedor, é considerada fundamental.

Conforme o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS, 2018), o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) é um sistema público que organiza os serviços de assistência social no Brasil. Com um modelo de gestão participativa, articula os esforços e os recursos dos três níveis de governo (municípios, estados e a União) para a execução e o financiamento da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), envolvendo diretamente estruturas e marcos regulatórios nacionais, estaduais, municipais e do Distrito Federal.

São competências da política de assistência social: a concessão de benefícios de prestação continuada (a pessoas com deficiência e idosas que não possuem condição de autossustento ou de tê-lo suprido por meio da família); benefícios eventuais (complementação de renda, transporte, auxílio-funeral, aluguel social, provisão de documentos, etc.); formação para a inclusão social, o que significa oferecer programas e processos de ampliação do universo informacional, cultural, fortalecimento de vínculos relacionais, desenvolvimento de autoestima e de autonomia; organização de grupos e movimentos locais de conquista de bens e serviços; e organização de microempreendimentos produtivos, sociais ou relacionais, geradores de ocupação e renda, participação, convivência.

A política de assistência social prevê o Programa Bolsa Família (PBF) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) como os dois principais programas de transferência de renda. O Bolsa Família tem por objetivo superar a pobreza extrema, considerando a pobreza como fenômeno multidimensional.

Segundo Denes, Menezes-Filho e Komatsu (2016, p. 29), pelo fato de exigir condicionalidades relacionadas à saúde e à educação, o programa tem atingido objetivos “sobre diversos aspectos do bem-estar dos beneficiários, incluindo a redução da pobreza e da desigualdade, a oferta de trabalho de mães e crianças, frequência e desempenho escolares, aspectos do consumo e estados nutricionais dos beneficiários”.

É importante assinalar que tanto no que se refere às pessoas com deficiência quanto no que se refere a pessoas idosas, o Brasil foi signatário de acordos internacionais com vistas a garantir o respeito, autonomia e padrões mínimos de sobrevivência desses segmentos da sociedade. O país assumiu o compromisso formal de garantir o acesso à renda a pessoas idosas e pessoas com deficiência desprovidas de recursos para o autossustento.

3.3 Benefício de Prestação Continuada: garantia de renda e autonomia para pessoas idosas

No Brasil, uma forma de reduzir as desigualdades sociais e promover a independência financeira de pessoas idosas foi a instituição da política pública da Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988. Com a regulamentação dos artigos 203 e 204 da Carta Magna, a assistência social passou a ser um direito de cidadania. A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) estabelece a assistência social como política pública não contributiva integrante da seguridade social. Assim, instituiu o BPC¹⁵ a pessoas com deficiência e pessoas idosas (sem a necessidade de terem filiação ao regime previdenciário) que passaram a ter direito a renda de 1 salário mínimo (inicialmente a idade estipulada para as pessoas idosas foi de 70 anos e hoje a idade mínima para ter direito ao benefício é de 65 anos).

O acesso à renda possibilitou que milhões de pessoas idosas não apenas saíssem da miséria, como em muitos casos passassem a representar a única renda do grupo familiar. O BPC significou uma das principais conquistas de garantia de direitos à pessoa idosa, pois assegurou a uma parcela significativa da população brasileira a garantia de padrões mínimos de sobrevivência e acabou se traduzindo também em fonte de lucro para a economia, especialmente aos pequenos estabelecimentos comerciais no interior do país. Para muitas famílias, a pessoa idosa deixou de ser um peso para se transformar em segurança econômica. A este respeito, Souza (2009) afirma:

¹⁵ Tem direito ao BPC o brasileiro, nato ou naturalizado, e as pessoas de nacionalidade portuguesa, desde que comprovem residência fixa no Brasil e renda por pessoa do grupo familiar inferior a ¼ de salário mínimo atual". Para o idoso: idade igual ou superior a 65 anos, para homem ou mulher; para a pessoa com deficiência: qualquer idade (ver conceito de PcD na nota de rodapé 15). Disponível em: <https://www.inss.gov.br/beneficios/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc/>. Acesso em 4 de maio de 2019.

A presença de idoso em famílias intergeracionais constitui um elemento de segurança na composição na renda, pois, por vezes, é o único integrante do grupo que dispõe de uma fonte segura de renda [...] as famílias com idosos se encontram em melhores condições econômicas que aquelas onde eles não se incluem. Ou seja, estas famílias são relativamente menos pobres que as demais (SOUZA, 2009, p. 64 e 67).

Em pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Saboia (2004) afirma que a importância dos benefícios não contributivos pode ser verificada por sua participação na renda dos domicílios. A pesquisa identificou que em 55 dos 189 domicílios que receberam o BPC, o benefício representou 100% do rendimento domiciliar. Ainda segundo o autor, ao se considerarem todos os 294 domicílios que recebem algum tipo de benefício não contributivo, nota-se que em 91 o valor do benefício totaliza 100% da renda domiciliar.

Assinala-se a importância de pessoas idosas residentes no mesmo domicílio poderem ser beneficiárias do BPC, o que não era permitido até a promulgação do Estatuto do Idoso. Isso fez com que aumentasse a possibilidade da elevação da qualidade de vida das pessoas idosas, especialmente das mulheres idosas, que, historicamente, se dedicaram ao cuidado da casa e da família, e quando exerciam atividade remunerada fora do domicílio, em sua grande maioria como empregadas domésticas (categoria profissional que até 2014 não tinha os direitos trabalhistas reconhecidos e, conseqüentemente, não contribuía para a Previdência Social), ou outras atividades na área de serviços de forma autônoma ou com vínculo de emprego fragilizado, sem o devido reconhecimento de direitos.

Neri e Soares (2007) estudaram a relação entre renda e saúde com beneficiários de programas de transferência de renda entre os anos 1998 e 2003, e concluíram que houve ganhos nas condições de saúde de pessoas idosas beneficiárias do BPC. Concluíram também que, além dos ganhos sobre a saúde, as políticas de transferência alteraram o papel da pessoa idosa na família, conferindo-lhe maior autonomia. Tendo em vista que muitos familiares se encontram dependentes da renda das pessoas idosas, estas se têm convertido nas principais provedoras da renda familiar, situação que lhes confere maior valorização dentro da família e da sociedade em geral.

O BPC se tornou um importante programa de transferência de renda e possibilitou que milhões de pessoas idosas fossem retiradas da condição de miséria e pobreza extrema, não apenas isoladamente, mas também com o seu grupo familiar. Especialmente em momentos de crise econômica, as pessoas idosas com esse

benefício têm sido a única fonte de renda certa para muitas famílias, garantindo aos seus integrantes condições mínimas de sobrevivência.

O Sistema de Indicadores Sociais¹⁶ (SIS) 2018, divulgado pelo IBGE em 5 de dezembro de 2018, indica que o número de pessoas que voltaram à pobreza e à pobreza extrema no Brasil cresceu nos anos de 2016 e 2017, especialmente na fatia da população de 0 a 14 anos de idade. Apesar de a pobreza e a extrema pobreza terem crescido em menor proporção entre aqueles com 60 anos ou mais, verifica-se no mesmo estudo que o percentual de pessoas idosas inseridas no mercado de trabalho voltou a crescer desde 2012.

Outro ponto a ser analisado é o impacto do BPC na manutenção das ILPIs no Brasil. A maior parte das ILPIs no Brasil é de caráter filantrópico e tem como principal fonte de renda o benefício recebido pelos seus residentes. A exemplo das 3 ILPIs pesquisadas neste trabalho, apenas 1 possui pequeno percentual de residentes que recebem o BPC, pois, apesar de não ter fins lucrativos, atende apenas aos integrantes de uma irmandade.

Tabela 5 – Representação por fonte de renda

Representação por fonte de renda				
	Aposentadoria	Pensão	BPC	Bolsa Família
ILPI 1	01	00	02	00
ILPI 2	03	00	00	00
ILPI 3	03	01	00	01

Fonte: Pesquisa realizada pela autora.

Na pesquisa realizada, das 10 pessoas entrevistadas, 2 recebem o BPC; são pessoas que começaram a trabalhar muito jovens, mas que, ao longo da vida laboral, não tiveram empregos que garantissem a proteção da Previdência Social e, ao chegar à velhice, recorreram à única alternativa - a assistência social. Uma terceira participante da pesquisa está aguardando atender ao requisito da idade mínima para poder requerer o benefício; ela atualmente faz jus ao Bolsa Família.

¹⁶ Analisa a qualidade de vida e os níveis de bem-estar das pessoas, famílias e grupos populacionais, a efetivação de direitos humanos e sociais, bem como o acesso a diferentes serviços, bens e oportunidades, por meio de indicadores que visam a contemplar a heterogeneidade da sociedade brasileira sob a perspectiva das desigualdades sociais. Fonte: IBGE. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em 8 dez. 2018.

A situação de renda na ILPI 2 é diferenciada, todas as participantes são aposentadas. A ILPI 2 atende a pessoas que fazem parte da irmandade que a mantém; os integrantes dessa irmandade contribuem financeiramente ao longo da vida para a manutenção da instituição e quando idosas podem solicitar residência, arcando com uma contribuição para auxiliar a instituição na manutenção das despesas. Dessa forma atendem pessoas com padrão de renda mais elevado.

Na ILPI 3, uma participante recebe da Previdência Social dois benefícios – a aposentadoria e a pensão.

É importante assinalar que a nefasta a Reforma da Previdência (Emenda Constitucional 103/2019), além das alterações que foram aprovadas, pretendeu aumentar a idade mínima do BPC para 70 anos de idade, além de desvincular o benefício do salário mínimo. Propôs o pagamento de R\$ 400,00 (à época o salário mínimo era R\$998,00; portanto, menos de meio salário mínimo). Caso esse ponto tivesse sido aprovado, significaria um retrocesso para a política de assistência social, pois o BPC é de relevância inconteste para milhões de famílias, e a não inclusão de parcela de pessoas idosas, bem como a redução do seu valor, significaria o retorno dos beneficiários à miséria.

Estudos como o realizado pelo IPEA por Jaccoud, Mesquita e Paiva (2017) indicam que o BPC contribuiu para que a pobreza e a indigência se tornassem fenômenos quase residuais para a população idosa. Outro ponto levantado pelo estudo do IPEA diz respeito ao argumento de que o BPC pode desestimular a contribuição previdenciária e que haveria a necessidade de se impor limites à idade por conta da elevação da expectativa de vida da população brasileira.

O suposto desestímulo à contribuição previdenciária não encontra evidência empírica. Na verdade, as evidências apontam para outra direção: os trabalhadores de baixa renda – potenciais demandantes futuros do BPC – possuem uma baixíssima capacidade contributiva; logo, a não filiação previdenciária desses trabalhadores não parece ser resultado de uma escolha, mas uma consequência de suas condições de inserção laboral. Também se revela temerário assumir como suposto para mudanças no BPC a expectativa de sobrevida calculada para a população geral. Grupos populacionais mais vulneráveis, como é o caso do público atendido pelo BPC, possuem uma expectativa de sobrevida bem inferior (JACCOUD; MESQUITA; PAIVA, 2017, p. 20).

Dessa forma, reafirma-se a importância dos programas de transferência de renda para pessoas idosas como forma de garantir condições mínimas de sobrevivência e, conseqüentemente, melhor condição de saúde. O BPC garante

àquelas pessoas que trabalharam, mas que não contribuíram para a seguridade social por realizarem trabalhos precários e sem proteção previdenciária, que possam viver a sua velhice em condições mais dignas.

Ainda que reconheçamos a importância do BPC para a vida das pessoas idosas e pessoas com deficiência, é importante assinalar que os programas de acesso à renda em curso, se opõem ao Estado de Bem-Estar Social que prevê políticas universais de acesso aos bens e produtos socialmente produzidos, atendem à lógica neoliberal de acesso aos mínimos sociais. Isto é, atendem uma parcela cada vez menor da população, possuem por característica o alívio da pobreza extrema, atendem àquelas pessoas que integram os grupos que não conseguem garantir via família ou mercado de trabalho (pelo fator idade ou por deficiência) as suas necessidades humanas básicas.

Ao instituir tal política de renda, o Estado se exime do compromisso de prover as demais necessidades do sujeito, pois sob essa lógica já provê recurso financeiro para que possa acessar via mercado as suas necessidades.

3.4 Marco legal dos direitos da pessoa idosa no Brasil

A Constituição Federal estabelece que,

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

§ 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.

A CF de 1988, conhecida como a “Constituição Cidadã”, em todo seu conjunto explicita a cidadania e a dignidade da pessoa humana como princípios basilares que devem reger as ações governamentais e dos cidadãos. Dessa forma, reconhece o direito à velhice digna como um direito de todos os brasileiros, colocando a família como principal agente do dever de zelar pelo bem-estar das pessoas idosas e o domicílio como *locus* do cuidado. A responsabilização da família na condição de primeiro responsável pelo cuidado irá se repetir nas legislações infraconstitucionais. Diante dessa determinação legal, precisamos questionar de qual família a legislação está falando?

Acredito que a legislação ainda está balizada no modelo da “família tradicional”

nuclear - matrimonializada, heterossexual e hierarquizada, ancoradas nos preceitos religiosos, modelo que é realidade para a minoria da população. As famílias brasileiras possuem uma diversidade de arranjos - famílias monoparentais, informais, reconstituídas, unipessoais, formadas por laços de amizade e afetividade. Apresentar alternativas de atendimento às pessoas idosas advindas desses diversos modelos é um desafio, pois requer pensar em famílias hetero e homoafetivas, ausência de laços consanguíneos, ausência de filhos, ou ainda que tenha filhos e outros parentes, que os laços de afeto, companheirismo e solidariedade estejam enfraquecidos ou inexistem.

Comparativamente à Europa, estamos muito aquém das discussões e decisões tomadas relativas a saúde, vida ativa e intergeracionalidade; caminhamos a passos curtos na efetivação de direitos desse segmento populacional. E, considerando a política liberal que o governo federal que tomou posse em janeiro de 2019 tem pronunciado, a única coisa que se vislumbra é o retrocesso. Contudo, vamos discorrer sobre os avanços tidos até o momento.

A Política Nacional de Assistência Social, instituída pela Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993, dispõe sobre a organização da assistência social. No que se refere às pessoas idosas, a PNAS coloca a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; e a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência¹⁷ e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover por si mesmo ou por sua família como dois dos seus cinco objetivos.

Quanto aos programas de assistência social voltados às pessoas com deficiência e às pessoas idosas, devem estar articulados com a prestação do BPC. Dessa forma, todos os beneficiários devem (riam) ser acompanhados em função da sua vulnerabilidade. A depender da situação o beneficiário, deve (ria) ser incluído em um dos níveis de proteção elencados no quadro a seguir, conforme Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais:

¹⁷ O termo “pessoa portadora de deficiência” está em desuso; o utilizado atualmente é “pessoa com deficiência”. Acredita-se que a condição de deficiência faz parte da pessoa, dessa forma não tem como portar algo que a integra.

Quadro 3 – Serviços de Proteção Social

Nível de Proteção		A quem é destinada	Serviços Ofertados
Serviço de Proteção Social Básica		Prevenir situações de risco	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para PcD e Idosas.
Proteção Social Especial	Média Complexidade	Destinados a indivíduos e famílias em situação de risco: – Exposição à situação de violência; à situação de rua; à exploração no trabalho; – Adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto; – Rompimento de vínculos familiares e comunitários; e	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); Serviço de Proteção Social Especial para PcD, Idosos (as) e suas Famílias; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.
	Alta Complexidade	– Abandono	Serviço de Acolhimento Institucional nas modalidades: Abrigo institucional; Casa-Lar; Casa de Passagem; e Residência Inclusiva.

Quadro elaborado pela autora com base na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais

1. Proteção Social Básica: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; e Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas. A Proteção Social Básica.

[...] consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo (BRASIL, 2009, p. 10).

2. Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

É um serviço voltado a prestar apoio, orientação e acompanhamento a famílias com algum dos seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos. Para isso deve direcionar o trabalho para a promoção de direitos, preservação e fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais e fortalecimento da

função protetiva das famílias (BRASIL, 2009, p. 29).

Sobre a Proteção Social Básica e de Média Complexidade, Delgado e Villa Flor (2012) realizaram pesquisa intitulada Proteção Social ao Idoso nas Políticas de Seguridade Social em Salvador. Após ampla pesquisa nas secretarias Municipal e Estadual de Assistência Social, Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e Centro Social Urbano (CSU), concluíram que “os programas previstos nas políticas não estão se realizando, sobretudo aqueles que, na área da saúde e assistência, preconizam a atenção domiciliar e o cuidado com os idosos mais fragilizados” (DELGADO; VILLA FLOR, 2012, p. 88).

3. Serviço de Proteção Social Especial de Alta Complexidade: Serviço de Acolhimento Institucional. Refere-se ao acolhimento a pessoas idosas com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, independentes ou com diferentes graus de dependência devem ser prioritariamente provisórios, e excepcionalmente, de longa permanência. Devem oferecer condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade. Favorecer o convívio familiar e comunitário, além do acesso aos serviços e equipamentos disponíveis na comunidade.

Compreender o acolhimento institucional de pessoas idosas é o objeto deste trabalho de pesquisa, e um capítulo especial será dedicado a esse tipo de proteção social. Busca-se compreender o papel das instituições de longa permanência na sociedade capitalista contemporânea em substituição ao papel historicamente atribuído à família. As motivações, percepções e concepções dos residentes sobre o acolhimento institucional. O conjunto dessas reflexões subsidiará a compreensão do lugar que as ILPIs têm se constituído para essas pessoas, se um lugar de vivências, valorização da independência, participação, autorrealização e dignidade ou apenas um lugar para sobreviver.

A Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, instituiu a Política Nacional do Idoso, que foi regulamentada pelo Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996. Em consonância com as recomendações da ONU, a PNI estabeleceu por finalidade assegurar os direitos sociais, a promoção da autonomia, a integração e participação das pessoas idosas na sociedade.

A PNI acatou a indicação da OMS, definindo 60 anos como a idade para a

pessoa ser considerada idosa no Brasil¹⁸; priorizou o convívio familiar e preconizou o atendimento à pessoa idosa na perspectiva da abordagem multidimensional. A PNI considera que o envelhecimento é um processo natural de todo ser humano, se fazendo necessária a garantia de direitos e qualidade de vida durante todo o processo de envelhecimento.

Segundo Berzins, Camarano e Giacomini (2016, p. 109), “de toda maneira, a PNI deve ser interpretada como uma estratégia jurídico-legal que deveria subsidiar a União, os estados, o Distrito Federal (DF) e os municípios brasileiros na oferta e implementação de direitos que assegurem a proteção e a defesa dos direitos da população idosa”.

A PNI reafirma a família como responsável pelo cuidado e bem-estar das pessoas idosas e o domicílio como o local do cuidado, indica o atendimento à pessoa idosa através das próprias famílias em contraposição ao atendimento asilar, salvo nos casos em que a pessoa não possui condição de garantir sua sobrevivência.

No que se refere a pessoas idosas residentes em instituição, veda a permanência de pessoas com doenças que necessitam de cuidados permanentes de enfermagem ou assistência médica. Coloca como responsabilidade do poder público o papel de estimular a criação de alternativas de atendimento à pessoa idosa que contrapõem o modelo de atendimento asilar (centros de convivência, centros de cuidado diurnos, casas-lares, atendimento domiciliar e outros); e no âmbito da saúde a adoção e aplicação de normas de funcionamento das instituições geriátricas e similares.

Para Berzins, Giacomini e Camarano (2016), a PNI, após 20 anos de implantação, está inscrita no campo da cidadania simbólica, distante da implementação na vida da população idosa, em parte pelo fato de não ter explicitado sobre as ações que deveriam ser implantadas, em parte por essas ações terem sido pulverizadas em diversos ministérios e ficarem, por períodos, sem coordenação, demonstrando o desinteresse governamental pelas velhices.

Couto (2016) afirma que, para que a PNI promova e assegure o que está inscrito na lei, é imprescindível o uso da metodologia recomendada pela legística, isto é, para que uma lei deixe a formalidade para se traduzir em melhorias na vida do cidadão,

¹⁸ A OMS estabelece que nos países em desenvolvimento é considerada idosa a pessoa a partir dos 60 anos; e nos países desenvolvidos a idade é 65 anos. No entanto, na Itália, em 30 de novembro de 2018 a Sociedade Italiana de Gerontologia e Geriatria passou a considerar naquele país idosa a pessoa a partir dos 75 anos.

faz-se necessário planejar, executar, monitorar, corrigir e melhorar a lei. É imprescindível também o controle social exercido pelos conselhos de direitos, e que o Ministério Público e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) empreendam “ativa atuação sobre entidades e Estado, para que se faça cumprir a vontade formalizada na PNI” (COUTO, 2016, p. 589).

Sendo o envelhecimento um fenômeno também biológico, com reflexos na saúde física, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) propôs pensar estratégias de saúde que atendessem às necessidades específicas da população idosa. A PNSI foi promulgada pela Portaria n. 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Foi submetida a longo e importante processo de discussão e aprimoramento, com vários técnicos da área do envelhecimento indicando adequações à proposta inicial. A proposta final ainda passou pelo crivo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), foi submetida à Comissão Tripartite do Ministério da Saúde e, em novembro de 1999, submetida à instância máxima do Ministério, na 92ª Reunião Ordinária, quando foi aprovada por unanimidade.

A PNSI buscou atender ao preconizado na Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990) e na Política Nacional do Idoso, que indicaram a necessidade de uma política de saúde expressamente voltada à população idosa. A PNSI indicou a necessidade de os órgãos e entidades do Ministério da Saúde promoverem a elaboração ou readequação dos planos, programas e projetos, adequando-os aos princípios da política. Definiu como diretrizes a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas. Para o alcance dos propósitos e diretrizes, indicou a articulação e responsabilidade dos diversos ministérios (Educação, Previdência e Assistência Social, Trabalho e Emprego, Justiça, Esporte e Turismo, Ciência e Tecnologia, e Secretaria de Urbanismo) e instâncias de governo (federal, estadual e municipal) como responsáveis pelos compromissos assumidos na política.

A PNSI reconhece que os cuidados à população idosa têm sido prestados majoritariamente pela família, ao mesmo tempo que reconhece o papel preponderante do Estado na promoção da saúde, não devendo ser transferida para a família a responsabilidade estatal em relação a esse segmento populacional.

Destaca que as instituições de ensino superior, em sua maioria, não estavam

sintonizadas com a alteração do padrão demográfico do país, o que se traduz em escassez de profissionais preparados para atender a essa parcela da população. Segundo a PNSI, é preciso pensar novas estratégias para responder ao aumento do quantitativo de pessoas idosas potencialmente dependentes, sem recursos econômicos, o que pode consumir boa parte do recurso destinado aos leitos de longa permanência. Quanto ao acolhimento institucional, a PNSI afirma que a internação dos idosos em asilos, casas de repouso e similares está sendo questionada até nos países desenvolvidos, onde estes serviços alcançaram níveis altamente sofisticados em termos de conforto e eficácia. O custo desse modelo e as dificuldades de sua manutenção estão requerendo medidas mais resolutivas e menos onerosas. O retorno ao modelo de cuidados domiciliares, já bastante discutido, não pode ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar às pessoas idosas, cuja capacidade funcional está comprometida, demanda programas de orientação, informação e assessoria de especialistas.

De acordo com a PNSI, a institucionalização é uma medida que deve ser questionada especialmente pelo alto custo atribuído a essa forma de atendimento, sendo considerado mais indicado o cuidado domiciliar.

Segundo Veras e Oliveira (2018), a crítica à PNSI destacou o caráter academicista do documento, sendo a política considerada muito distante da realidade dos municípios brasileiros, haja vista que estes mal haviam se integrado à discussão sobre o envelhecimento.

Fruto da conjunção de esforços e fatores, do processo de organização dos aposentados, pensionistas e pessoas idosas organizadas¹⁹ em torno de conquistas de direitos para a população idosa, da condição do Brasil como país membro da ONU e sua participação na II Assembleia de Madri, ocorrida no ano de 2002, e da necessidade de se estabelecer um aparato legal de proteção mais efetivo, o Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003), se configurou como um marco para os direitos das pessoas idosas no Brasil.

Considerado o maior instrumento de garantia de direitos das pessoas idosas, o documento reúne direitos reconhecidos em diversas leis de âmbito federal e estadual,

¹⁹ Segundo Camarano (2013), foram agentes importantes no processo de discussão e aprovação do Estatuto do Idoso a Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas (COBAP), o Movimento de Servidores Aposentados e Pensionistas (MOSAP), a Associação Nacional de Gerontologia (ANG), a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), além de representantes religiosos e de federações e associações de aposentados.

além de outros direitos reconhecidos como importantes para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas no que se refere a saúde, educação, cultura, esporte e lazer, profissionalização e trabalho, previdência social, assistência social, habitação, transporte, fiscalização de entidades de atendimento e tipificação de crimes contra pessoas idosas. A sua essência é a proteção integral a esse segmento populacional.

O Estatuto acrescenta a comunidade ao tripé família – sociedade – Estado a comunidade como corresponsável pela proteção e efetivação dos direitos das pessoas idosas. Como nas legislações anteriores, a família permanece como principal agente de proteção e cuidado dessas pessoas.

Conforme o Estatuto, é obrigação da sociedade e dos profissionais de saúde comunicar às autoridades policiais, MP e Conselhos de Idosos suspeita ou situações comprovadas de violação de direitos da pessoa idosa. No que se refere ao aspecto financeiro, proibiu os planos de saúde de aplicarem aumento por mudança de faixa etária a partir dos 60 anos e estabeleceu gratuidades e redução de tarifas:

- Transporte público – gratuidade no transporte coletivo urbano e semiurbano (a partir dos 65 anos); reserva de 2 assentos gratuitos e 50% de desconto para os assentos excedente para pessoas idosas com renda até 2 salários mínimos;
- Atividades culturais e de lazer – desconto de 50% nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, além de atendimento prioritário nesses locais.

Uma crítica dirigida ao Estatuto é o fato de não ter indicado fontes de financiamento para as gratuidades e descontos, o que fez com que parcela do empresariado atribua à pessoa idosa, pessoa com deficiência, estudantes e jovens de baixa renda inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, a responsabilidade pelo encarecimento das atividades culturais e de lazer. A mobilização dos empresários da área fez com que o Decreto n. 8.537/2015 estabeleça o limite de 40% do total de ingressos disponibilizados ao pagamento da meia-entrada.

Quanto à gratuidade no transporte público intermunicipal, no caso do estado da Bahia, a Agência Estadual de Regulação de Serviços Públicos de Energia, Transporte e Comunicações da Bahia (AGERBA) aprovou a Resolução n. 13/2004 regulamentando a gratuidade. Porém, a Associação das Empresas de Transporte Coletivo Rodoviário (ABEMTRO) ingressou com ação na Justiça alegando que não há indicação de fonte de financiamento. Dessa forma, desde 2004 o benefício está suspenso por força de liminar.

Em referência ao transporte público, são duas as legislações que regulam a gratuidade e o desconto no transporte coletivo interestadual:

- Decreto n. 5.934, de 18 de outubro de 2006, que estabelece mecanismos e critérios para aplicação do disposto no artigo 40 do Estatuto do Idoso;
- Resolução n. 1.692, de 24 de outubro de 2006, da Agência Nacional de Transporte Terrestre (ANTT), que regulamenta o Decreto retrocitado.

O estatuto determina o atendimento prioritário às pessoas idosas em todo tipo de estabelecimento (lojas, lotéricas, bancos, supermercados), além da reserva de assentos no transporte público e reserva de vagas especiais em estacionamentos. Tais determinações, mesmo após 16 anos de sua vigência, muitas vezes não são bem vistas pelos mais jovens, sendo consideradas como privilégios e não como reconhecimento de necessidades da pessoa idosa. A mudança de visão requer campanhas educativas de sensibilização de jovens e adultos quanto à necessidade de respeito às prioridades estabelecidas.

Com o aumento do número de pessoas idosas com mais de 80 anos, no que se refere ao atendimento prioritário, a Lei n. 13.466, de 12 de julho de 2017, alterou os artigos 2º, 3º e 7º do Estatuto, assegurando prioridade especial aos maiores de 80 anos, preferencialmente em relação às demais pessoas idosas, exceto em caso de emergência.

Concernente ao Benefício de Prestação Continuada, o Estatuto do Idoso se mostrou de fundamental importância para as pessoas idosas de baixa renda, pois reduziu a idade mínima para requerer o benefício, que naquele momento era de 67 anos, passando para 65 anos. Além disso, passou a permitir que pessoas idosas residindo no mesmo domicílio pudessem receber o benefício.

Art. 34. Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuem meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social - Loas.

Parágrafo único. O benefício já concedido a qualquer membro da família nos termos do caput não será computado para os fins do cálculo da renda familiar per capita a que se refere a Loas.

Com a redução da idade e a possibilidade de mais de uma pessoa no mesmo domicílio receber o BPC, o Estatuto permitiu que milhões de pessoas idosas saíssem da linha da miséria e que muitas dessas pessoas pudessem ter acesso a melhores condições de alimentação e a bens de consumo e serviços, que, sem o benefício, elas

não teriam possibilidade de acessar. Isso significa ganhos em termos de cidadania e autoestima, especialmente para as mulheres idosas, numa sociedade patriarcal e machista, eram os homens que detinham prioridade no acesso ao benefício.

Para Camarano (2013), a preocupação com a manutenção dos vínculos familiares acabou por sobrecarregar a família, no que se refere ao direito da pessoa internada ou em observação a acompanhante, pois se traduziu em exigência por parte dos estabelecimentos de saúde, e especialmente nos estabelecimentos públicos. O resultado é que a presença do (a) acompanhante tem feito com que serviços que devem ser realizados pelo quadro técnico (banho e alimentação, por exemplo) dos estabelecimentos são deixados a cargo do (a) acompanhante.

Quanto a esse ponto, como profissional do MP/BA pude observar que não são raras as vezes que profissionais que laboram em estabelecimentos de saúde buscam orientação quanto ao procedimento para exigir a permanência de acompanhante para pessoa idosa internada. Nos atendimentos realizados, constata-se que os profissionais ainda não compreendem o acompanhante como um direito da pessoa idosa e não como um auxiliar para a realização de atividades no período de internamento.

A outra situação que leva à sobrecarga da família é a priorização prevista em lei do atendimento à pessoa idosa por sua própria família em detrimento do atendimento asilar. Camarano (2013) justifica que, como não são oferecidas alternativas de cuidado, ocorre na prática a desresponsabilização do Estado da função de cuidar, ainda que esse mesmo Estado mantenha a função de fiscalizar e punir, desconsiderando as alterações da estrutura das famílias no papel social da mulher e no envelhecimento da população.

Concernente à política de atendimento ao idoso [Título IV], especialmente no tocante às instituições de longa permanência, reservamos um capítulo para discuti-la.

Não há dúvidas de que o Estatuto do Idoso representou grande avanço para a população idosa no Brasil; não há dúvidas também de que o respeito à pessoa idosa precisa ser disseminado na sociedade, que campanhas de sensibilização devem ser realizadas e que a intergeracionalidade deve ser alvo de ações para ultrapassar os preconceitos quanto à velhice e promover o respeito às necessidades de cada fase da vida, a cooperação e solidariedade, além do intercâmbio de saberes.

Considerando a alteração do perfil epidemiológico no país, foi identificada a necessidade de revisão e atualização da Política Nacional de Saúde do Idoso. Assim, em

2006 foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) pela Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. De forma semelhante à PNSI, a nova política aponta para a necessidade da preservação da capacidade funcional da pessoa idosa. Sua finalidade é “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006).

As ações desenvolvidas devem ser centradas nas necessidades do indivíduo, considerando-se sua integração na família e na comunidade, com prioridade para as especificidades e singularidades da população idosa e buscando-se a autonomia, a redução dos riscos à saúde e a garantia da participação efetiva dessas pessoas na sociedade.

Em 28 de dezembro de 2006, o governo publicou a Lei n. 11.433, que instituiu o dia 1º de outubro de cada ano como o Dia Nacional do Idoso e incumbiu os órgãos públicos responsáveis pela coordenação e implementação da Política Nacional do Idoso de promover a realização e divulgação de eventos de valorização da pessoa idosa.

4 CUIDADO FAMILIAR E ALTERNATIVAS DE MORADIA PARA PESSOAS IDOSAS

Abro a janela para respirar o frescor desta época do ano.
 Rua deserta e a pandemia se faz presente na paisagem fantasma.
 O medo brota e aflora em pensamentos que tentam paralisar o viver.
 Mas a vida segue enquanto se atreve a nos ensinar tantas coisas.
 O que temos aprendido? Solidão?
 Em que momento você se trancou do lado de fora?

Cristiane T. Pomeranz

Este capítulo pretende apresentar de que forma o cuidado tem sido historicamente prestado às pessoas idosas e quais as alternativas construídas em face das mudanças societárias das últimas décadas. No que se refere ao cuidado de longa duração, Camarano (2008) se baseia na OMS para definir cuidados de longa duração como o conjunto de atividades realizadas para “assegurar que uma pessoa que perdeu a autonomia possa levar uma vida com qualidade, com o maior grau possível de independência, autonomia, participação, realização pessoal e dignidade humana, respeitando as suas preferências individuais” (p. 15). Esses cuidados podem ser prestados de maneira informal (pela família, amigos e vizinhos) ou por instituições (serviços de saúde e sociais).

Na perspectiva legal, a Constituição Federal, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso apontam a família como primeira e principal responsável pelo cuidado:

Constituição Federal de 1988

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado **têm o dever de amparar as pessoas idosas**, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares (BRASIL, 1988; grifo nosso).

Política Nacional do Idoso, 1994

Art. 4º Constituem diretrizes da política nacional do idoso:

[...]

III – priorização do **atendimento ao idoso através de suas próprias famílias**, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência (BRASIL, 1994; grifo nosso).

Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso)

Art. 3º É **obrigação da família**, da comunidade, da sociedade e do Poder Público **assegurar ao idoso, com absoluta prioridade**, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à **convivência familiar e comunitária**.

Art. 37. O idoso **tem direito a moradia digna, no seio da família** natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada (BRASIL, 2003; grifo nosso).

Dessa forma, a legislação determina que, em primeira instância, as pessoas idosas devem ser responsáveis da família e que, na ausência ou omissão, essa responsabilidade é atribuída à sociedade e por último ao Estado. No entanto, diante das alterações demográficas, na estrutura das famílias, a inserção da mulher no mercado de trabalho, a situação econômica, entre outros fatores, essa tem sido uma tarefa cada vez mais difícil de ser cumprida pelas famílias.

A permanência da pessoa idosa na família, sem que se tenha estrutura para acolhê-la e na ausência dos afetos positivos, pode levar a pessoa idosa a estar na casa, mas não viver a casa. Isto é, residir com a família, mas não se sentir integrante dessa família, não estabelecer com os demais membros do grupo interações positivas, pois o viver vai além do ocupar o espaço físico da casa. E ocupar o espaço sem que vivencie de fato esse espaço pode expor a pessoa idosa a uma ou mais formas de violência intrafamiliar como as descritas no capítulo anterior por Terto (2017).

É importante sinalizar que a Política Nacional do Idoso, além do atendimento em âmbito familiar, recomenda o acolhimento institucional apenas à pessoa idosa que não possui condição de prover sua subsistência. Tal recomendação reforça a instituição como espaço destinado a pessoas em situação de vulnerabilidade, assim como os asilos que eram voltados aos miseráveis.

O cuidado familiar tem enfrentado dificuldade pelos motivos já elencados, e a possibilidade de contar com cuidador profissional infelizmente não está ao alcance da maior parte da população brasileira. Dessa forma, a residência institucional tem sido a alternativa encontrada pelas pessoas idosas e seus familiares para garantir o atendimento das necessidades básicas.

Vimos nos capítulos anteriores que as velhices ainda são marcadas por preconceitos que consideram essa fase da vida como fase de declínio, adoecimento e incapacidade. Um dos preconceitos é quanto à incapacidade de a pessoa idosa residir sozinha, pois permeia o imaginário social a ideia de que toda pessoa idosa ou casal de idosos, mesmo mantendo sua lucidez deve residir em companhia de outra pessoa mais jovem – filho, neto ou cuidador.

O cuidado é historicamente considerado uma tarefa feminina. Nessa perspectiva, as filhas é que são primeiramente indicadas para cuidar dos pais e avós

idosos; além dessa tarefa, muitas delas precisam cuidar de suas carreiras profissionais e dos seus próprios lares, o que faz com que muitas abandonem suas atividades laborais e passem a se dedicar apenas aos cuidados aos pais/avós ou a um deles. Geralmente, quando o cuidado é prestado a apenas um dos pais/avós, levá-lo para residir com a cuidadora familiar ou mudar-se para a residência da pessoa idosa têm sido as alternativas mais comuns.

Duarte e Santos (2015), em pesquisa realizada com cuidadoras de pessoa idosas com diagnóstico de Alzheimer, identificaram que em 100% dos casos estudados os cuidados eram prestados por cuidadoras do sexo feminino. Salientam que a cuidadora tem a responsabilidade de dedicar cuidados de alimentação, higiene, administração de medicações, prevenção de quedas e de outras complicações que possam interferir na qualidade de vida da pessoa idosa. Assim, ficam suscetíveis à repercussão física e emocional vivenciada pelas cuidadoras familiar, pois, na grande maioria das famílias, a tarefa é delegada essencialmente a uma pessoa que vivencia a sobrecarga do cuidado, o que traz como consequências angústia, solidão, quadro de depressão, isolamento, doenças relacionadas à coluna, perda do padrão do sono, alteração de apetite e peso.

Importante sinalizar que o trabalho doméstico e o cuidado em âmbito familiar na sociedade capitalista não produzem valor de troca e visibilidade, e, dessa forma, não são valorizados do ponto de vista econômico. O estudo realizado pela OXFAM (2020) afirma que, se fosse contabilizada, a tarefa do cuidado geraria valor monetário superior ao da indústria de tecnologia.

Publicado em janeiro de 2020, esse estudo, denominado “Tempo de cuidar: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade”, informa que:

Enquanto isso, na base da pirâmide econômica, mulheres e meninas, principalmente as que vivem em situação de pobreza e pertencem a grupos marginalizados, dedicam gratuitamente 12,5 bilhões de horas todos os dias ao trabalho de cuidado e outras incontáveis horas recebendo uma baixíssima remuneração por essa atividade. Seu trabalho é essencial para nossas comunidades. Ele sustenta famílias prósperas e uma força de trabalho saudável e produtiva. A Oxfam calculou que esse trabalho agrega pelo menos US\$ 10,8 trilhões à economia. (OXFAM, 2020, p. 5-6)

Em referência à necessidade de cuidados prolongados, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) prevê que “o número de pessoas com 60 anos ou mais que necessitam de cuidados prolongados mais que triplicará nas Américas nas próximas três

décadas, passando dos 8 milhões atuais para 27 a 30 milhões até 2050” (OPAS, 2019, n. p.). De acordo com a diretora da entidade Carissa Etienne, “para muitas pessoas, a longevidade é marcada pela presença de doenças crônicas que limitam a capacidade de autossuficiência e o cuidado familiar não remunerado e de longa duração (exercido principalmente pelas mulheres) é ainda a forma de cuidado mais recorrente” (ETIENNE, apud OPAS, 2019, n. p.).

Ainda segundo Etienne, o aumento da expectativa de vida é uma das grandes conquistas das últimas décadas. Porém, para muitos, a longevidade vem acompanhada de doenças crônicas e deficiências que afetam a autossuficiência das pessoas idosas, o que refletirá nos cuidados familiares e nos cuidados por parte de profissionais de saúde,

[...] Os recursos humanos em saúde não estão preparados para atender às necessidades das pessoas idosas [...] Ao mesmo tempo, os cuidados familiares não remunerados, que atualmente representam a maior parte dos cuidados de longa duração, oferecidos predominantemente por mulheres, se tornarão cada vez mais insustentáveis nas próximas décadas, tanto por razões éticas e sociais quanto por razões socioeconômicas e demográficas, incluindo mudanças na estrutura familiar e participação das mulheres na força de trabalho (apud OPAS, 2019, n. p).

Nas entrevistas realizadas com os participantes da pesquisa, pude ouvir a história de vida do sr. Bem-te-vi e da sra. Gardênia, pessoas que decidiram residir em ILPI após passarem por problemas de saúde que demandaram cuidados de saúde pós-hospitalização.

- O sr. Bem-te-vi, 66 anos, separado, mestiço, nível superior, funcionário público aposentado. Relatou que ao se aposentar tinha o plano de voltar a residir na roça, na sua terra natal. Porém sofreu um atropelamento que o deixou hospitalizado e após alta passou a necessitar de fisioterapia para voltar a andar sem auxílio da bengala. Para não residir com os filhos (possui 3 filhos), por não querer dar trabalho a nenhum deles, foi residir na ILPI 3.

Porque a gente precisa uma hora. A senhora observe que a doença ela só ataca à noite, se a gente tem uma gripe, de noite é que piora, se tem um problema de nariz, de noite é que piora. Com filho a gente vê, só começa a tossir à noite. Como não queria dar trabalho aos filhos e aqui tem fisioterapia, eu vim pra aqui até ficar bom. Depois eu vou pro interior, vou morar na roça.

- A sra. Gardênia, 71 anos, solteira, sem filhos, parda, ensino médio, professora aposentada. Relatou que residia sozinha, teve depressão e depois sofreu dois infartos, o que a impossibilitou de permanecer residindo sozinha.

Eu vim morar aqui pelo poder aquisitivo, pelo cuidado e pelas companhias. Eu tive depressão três vezes, depois tive dois infartos, foi quando um sobrinho sugeriu que eu viesse, saí do hospital já pra morar aqui.

Diante da crise do apoio informal, a quem caberá cuidar das pessoas idosas em situação de dependência? Qual o papel do Estado frente às velhices na sociedade capitalista?

Considerando a iminência de pensar formas de moradia para além da residência familiar, veremos a seguir modalidades de moradia para pessoas idosas contidas na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais e alternativas de grupos/associações frente às suas necessidades.

4.1 A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais e as modalidades de moradia nas velhices

A modalidade de moradia institucional é a alternativa de moradia mais antiga, conhecida e disseminada no Brasil, sendo que o Estatuto do Idoso se refere essencialmente a essa modalidade de residência não familiar, o que impulsionou a necessidade da criação de uma legislação para normatizar o modelo de residência.

Considerando que existem outras modalidades de residência não familiar, discorrerei sobre essas formas de moradia, me atendo mais detidamente ao modelo denominado “residência de longa permanência” por ser este o vigente no município de Salvador.

Vimos que uma das grandes dificuldades enfrentadas pelas famílias para que a pessoa idosa permaneça residindo no seio familiar é a necessidade de cuidados prolongados, pois, pelos motivos já elencados, o novo modelo de família não consegue garantir a permanência de um cuidador familiar ou arcar com o pagamento de um cuidador profissional, o que acaba estimulando a institucionalização.

No âmbito da assistência social, a Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009, aprovou a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, documento que tem por objetivo direcionar em todo território nacional o conjunto de atividades de proteção a ser executadas no âmbito do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), organizando-as por níveis de complexidade – Básica e Especial (média e alta complexidade). Assinalo que a tipificação é voltada a crianças e adolescentes; adultos e famílias; mulheres em situação de violência; jovens e adultos com deficiência e pessoas idosas. Para este trabalho, vamos nos ater aos serviços voltados às pessoas idosas.

A tipificação determina que, independente do público-alvo, o atendimento deve ser realizado em pequenos grupos, favorecer a convivência familiar e comunitária; e a gestão deve ser participativa a fim de assegurar a autonomia das pessoas atendidas. No que se refere ao Serviço de Acolhimento Institucional para pessoas idosas, a tipificação prevê o acolhimento institucional como medida de caráter excepcional e deve priorizar o acolhimento em caráter temporário.

Acolhimento para idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, independentes e/ou com diversos graus de dependência. 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 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 [...] (BRASIL, 2009, p. 41).

A tipificação corrobora a legislação em vigor na medida em que prioriza a família como responsável pelo cuidado, indicando apenas uma modalidade de serviço em que o cuidado é compartilhado entre o Estado e a família, permitindo que o(s) familiar (es) possa(m) realizar as suas atividades laborais e que os laços familiares não sofram esgarçamento ou distanciamento.

4.1.1 Centro de Cuidados Diurnos ou Centro-Dia para Idosos

Uma alternativa apresentada pela tipificação é o Centro-Dia, modalidade não asilar de atendimento à pessoa com deficiência e à pessoa idosa com deficiência temporária que necessita de assistência médica ou de assistência multiprofissional (Enfermagem, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, entre outros). Nesse caso, a pessoa idosa deve apresentar grau de dependência I ou II, necessitar do auxílio de terceiros para realização das atividades da vida diária (alimentação, higiene pessoal, vestuário, mobilidade, entre outras) e não contar com o apoio da família por motivos de estudo ou trabalho.

Entre as diversas modalidades de atendimento previstas na Política Nacional de Assistência Social e na Política Nacional do Idoso, o Centro-Dia caracteriza-se como um espaço destinado a proporcionar acolhimento, proteção e convivência a idosos semidependentes, cujas famílias não tenham condições de prover estes cuidados durante todo o dia ou parte dele (SÃO PAULO, 2014, p. 11).

No que se refere ao Serviço de Proteção Social Especial para Pessoa com Deficiência (PcD) e pessoas idosas e suas Famílias, a tipificação prevê o acolhimento

em Centro-Dia como forma de garantir o atendimento especializado a famílias que possuem pessoas com deficiência ou pessoas idosas com dependência, que sofrem ou sofreram situações de violação de direitos, entre as quais ausência de cuidados adequados e alto grau de estresse do cuidador, situações que agravam a dependência e comprometem o desenvolvimento da autonomia.

Para isso, a pessoa passa o dia em local preparado para receber os cuidados que necessita e, ao final do dia, retorna ao convívio dos seus familiares. Ocorre o desligamento do serviço quando os motivos que levaram à inclusão cessam ou quando o quadro de saúde evolui para o grau de dependência III, devendo a pessoa, neste caso, permanecer sob os cuidados dos familiares ou ser encaminhado a uma instituição de longa permanência.

Essa modalidade permite que a pessoa idosa tenha garantido o atendimento das suas necessidades sem que ocorra o rompimento dos laços familiares, além de evitar o isolamento e adoecimento emocional.

Acerca dos objetivos dos Centros-Dia, Maio (2016), com base em autores como Cabrero (2005), Rodriguez (2010), Madrid (2011) e Louvison e Rosa (2012), elenca como objetivos: **a)** melhorar a qualidade de vida dos idosos e de sua família; **b)** recuperar ou manter o maior grau de independência possível e de autonomia pessoal; **c)** manter o idoso junto a seu entorno social e evitar a sua institucionalização definitiva; **d)** oferecer atendimento interdisciplinar nas áreas de assistência, saúde, fisioterapia, psicologia, atividades ocupacionais e de lazer; **e)** oferecer apoio ao cuidador do idoso, de acordo com as necessidades dos usuários, visando à melhoria de sua qualidade de vida, descanso e integração comunitária; **f)** prevenir os conflitos familiares oriundos do possível estresse decorrente da relação de cuidado.

Assinalo que, embora a PNI preveja a competência dos órgãos e entidades públicos de “estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros” (art. 10, alínea b da Política Nacional do Idoso), na prática, o que constatamos é que os governos, nas diversas instâncias, não têm viabilizado a implantação dessa modalidade de atendimento. Se, por um lado, as prefeituras não implantam, por outro os governos federal e estadual não têm destinado verbas para que as prefeituras possam implementar essa política, não deixando alternativa para as famílias além do atendimento asilar.

Não identifiquei no estado da Bahia nenhum município que tenha essa modalidade de atendimento. Mesmo com uma população idosa de cerca de 439 mil pessoas idosas, Salvador não conta com o serviço. Segundo o jornal *BNews* (2018), Salvador é a capital brasileira em que a população idosa mais cresce.

O número de pessoas idosas aumentou 20,0% na cidade de Salvador em apenas um ano. Segundo dados da edição sobre Características Gerais da População, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número passou de 366 mil para 439 mil, o que representou mais 73 mil idosos na população da capital baiana.

Entre as capitais brasileiras, o aumento em números absolutos foi maior em Salvador e um crescimento bem acima da média nacional, que é de 3,7% e baiana, que é 6,8%. Foi também um crescimento bastante superior ao da população da capital como um todo, que praticamente não se alterou entre 2015 e 2016 (+0,59% ou mais 17,14 mil pessoas).

Em 2016, quase 15% da população soteropolitana tinham 60 anos ou mais de idade, nona maior participação de idosos na população em geral entre as 27 capitais. O Rio de Janeiro, com 20,4% de idosos, lidera nesse ranking.

Mulheres

Ainda de acordo com a pesquisa, as mulheres são mais numerosas entre os idosos do que na população geral da cidade. Das 439 mil pessoas de 60 anos ou mais de idade, em Salvador, 60% são mulheres (266 mil), enquanto que, quando se considera toda a população, elas são 53%. Apesar desses dados, o crescimento na população de idosos em Salvador, entre 2015 e 2016, foi puxado pelos homens. O número de homens de 60 anos ou mais de idade na capital baiana cresceu 18,0% entre 2015 e 2016 (SALVADOR, 2018).

A seguir, apresento as modalidades de moradia para pessoas idosas previstas na Tipificação Nacional.

1. **Atendimento residencial** – com no máximo 10 residentes, acompanhados por equipe técnica preparada para auxiliá-los nas atividades da vida diária;
2. **Acolhimento em república** – destinado a pessoas idosas que possuem capacidade de gestão coletiva da residência, ainda que necessitem de equipamentos de autoajuda, e realizem de forma independente as atividades da vida diária;
3. **Atendimento em unidade institucional** – atendimento em instituição de longa permanência. Pela tipificação são objetivos deste modelo de atendimento:

- Incentivar o desenvolvimento do protagonismo e de capacidades para a realização de atividades da vida diária;
- Desenvolver condições para a independência e o autocuidado;
- Promover o acesso à renda;
- Promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência (BRASIL, 2009, p. 43).

Agier (2011) afirma que os lugares próximos aos habitantes de um local são aqueles com os quais eles se identificam e que nutrem sentimento de pertencimento. O mundo doméstico é o primeiro lugar do sujeito, a casa é o seu espaço de socialização. Porém as análises das relações primárias devem ser alargadas, pois os grupos domésticos urbanos são efêmeros e, nos países em desenvolvimento, os grupos das classes pobres são marcados pela instabilidade profissional, econômica, matrimonial e residencial, que reforçam a precariedade da relação. Os arranjos são reformulados com a chegada dos avós, tios, sobrinhos, cunhados, ao grupo familiar; separações; poligamia; a convivência de dois ou mais casais no mesmo espaço. Essas reconfigurações atingem diferentes partes da cidade, pois reconfiguram a utilização dos espaços.

Analiso que todas essas formas de organização e arranjos familiares atingem não apenas os mais jovens, mas também as pessoas idosas, seja pela vivência dessas relações, seja por sua exclusão dos grupos familiares por conta dessas relações, o que as leva a buscar novas alternativas de moradia. Apresento a seguir formas de reconfiguração dos espaços urbanos utilizadas pelas pessoas idosas como novas formas de moradia, socialização e utilização do espaço urbano.

4.1.2 Residência em república e *cohousing*

O princípio básico da residência em república é a preservação da autonomia e independência, para que a pessoa idosa preserve o protagonismo da sua vida. Neste modelo de residência, pessoas idosas partilham o mesmo imóvel decidindo coletivamente todas as decisões da gestão da residência. Há o acompanhamento de profissionais, geralmente assistentes sociais, nas assembleias e quando há a inclusão de um novo residente, até que este esteja adaptado à moradia e aos demais residentes.

Os residentes são responsáveis pelo autocuidado, pela alimentação (cada um decide de que forma se alimentará – preparo ou compra) e pelo cuidado com a casa – que deve ser feito coletivamente. Dessa forma, as regras da casa precisam ser discutidas e decididas coletivamente para que todos cumpram os acordos estabelecidos. Nesse modelo, há o pagamento simbólico do aluguel, e as despesas coletivas (água, energia elétrica, gás e outras despesas) são divididas entre os residentes de forma igualitária.

Esse modelo de residência começa a sair do âmbito público e está passando a ser utilizado por grupos de amigos, de familiares e de integrantes de associações como forma de preservar a individualidade e estabelecer rede de apoio.

A iniciativa de residir em comunidade por iniciativa particular tem recebido o nome de “*cohousing*” ou moradia compartilhada. Um exemplo é a experiência da Associação de Docentes da Universidade de Campinas (ADUNICAMP), que inaugura em 2021 a primeira *cohousing* – a Vila ConViver –, que atenderá 66 aposentados com idade a partir dos 50 anos (funcionários e docentes da universidade, que compraram as unidades habitacionais).

A ideia começou a ser gestada a partir da constatação de que após a aposentadoria muitos docentes ficam desassistidos. Assim, foi criado um grupo de estudo que elegeu a moradia compartilhada como modelo a ser adotado pela associação²⁰. O projeto foi elaborado a partir da experiência de países como Suécia, Estados Unidos e Canadá. O quadro 4 apresenta as diferenças entre república e *cohousing*.

Quadro 4 – Diferenças entre república e “cohousing”

Ambos os modelos propõem:	
<ul style="list-style-type: none"> • A preservação da autonomia e da independência; • O compartilhamento de experiências, das decisões administrativas e financeiras; e redução de custos; • Os residentes precisam contar com autonomia física, capacidade cognitiva e mental preservadas. 	
República	“Cohousing” ou moradia compartilhada
Conta com financiamento estatal	Financiamento dos residentes
Atende apenas pessoas idosas	Pode atender pessoas com idade inferior a 60 anos;
Atende pessoas idosas com baixa renda (varia entre 2 ou 3 salários mínimos).	A renda é definida pelo grupo;
Os residentes compartilham toda a moradia, inclusive os quartos.	Os residentes possuem moradias privadas e compartilham os espaços comuns.

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

²⁰ <https://www.uol.com.br/vivabem/especiais/idoso-velhice-cohousing#república-de-idosos-tambem-e-opcao-de-moradia-na-velhice>. Acesso em 8 de mar. 2020.

4.1.3 Condomínio para idosos

Este modelo de moradia tem como proposta a construção de unidades habitacionais em forma de condomínio, voltadas para quem reside sozinho (a) ou com seu cônjuge. Tanto as unidades privativas quanto os espaços coletivos são construídos atendendo a todas as normas de acessibilidade e segurança para pessoas idosas.

O Brasil conta com algumas experiências realizadas pelo poder público, a exemplos:

1. **Cidade Madura** (João Pessoa, Campina Grande, Cajazeiras e Guarabira/PB) – são 40 casas em cada município, destinadas a pessoas idosas de baixa renda; conta com posto de saúde, sala de fisioterapia, academia ao ar livre, pista de caminhada, salas de aula, centro de convivência, sala de tv, e horta. Os residentes pagam apenas a taxa de condomínio, podendo permanecer pelo tempo que precisarem ou desejarem. Não podem modificar, alugar, ceder ou vender o imóvel.
2. **Vila Dignidade** – construído em 2009 a partir da parceria estabelecida pelos municípios de Ribeirão Preto, Avaré e Mogi das Cruzes (com unidades nesses municípios). Além de obedecer à legislação de acessibilidade, conta com botão do pânico no banheiro e no quarto; caso necessário, os vizinhos serão acionados para prestar socorro. As unidades são voltadas a pessoas idosas com renda de até dois salários. Os residentes são indicados pelo Conselho Municipal do Idoso, incluídos nos programas da assistência social e participam de atividades socioculturais e de lazer.
3. **Vila dos Idosos** – inaugurado em 2007 no bairro do Pari, na capital paulista, conta com 145 unidades habitacionais e cerca de 200 residentes distribuídos em 90 quitinetes e 55 apartamentos. O espaço coletivo conta com sala de tv e jogos, salas de múltiplo uso, salão de festas, área verde, horta, entre outros espaços. Os residentes contam com atendimento da Unidade Básica de Saúde e recebem acompanhamento semanal de assistentes sociais e psicólogos. É voltado para pessoas idosas com renda de até 3 salários mínimos, que pagam de 10 a 15% do seu rendimento, além de uma pequena taxa de condomínio.

A crítica a essa modalidade de residência é que as pessoas idosas não deveriam viver em espaços voltados exclusivamente para seu grupo etário. No entanto, é importante assinalar que os residentes possuem total autonomia para visitar amigos

e parentes, passear, viajar, etc. Portanto, a ideia de que estejam confinadas no espaço do condomínio não é verdadeira, o direito de ir e vir, de viver a cidade é assegurado a todas as pessoas residentes.

Para melhor entender o *cohousing* e o condomínio para idosos, podemos recorrer analogicamente à análise que Harvey (2014) realiza sobre o direito à cidade, haja vista que o *cohousing* é um modelo de moradia acessível às pessoas idosas que podem arcar com um alto custo para sua aquisição e o condomínio ainda é uma realidade para uma parcela muito pequena da população. Para o autor, a qualidade de vida urbana tornou-se uma mercadoria para os que têm dinheiro, o movimento denominado “novo urbanismo” enaltece o estilo boutique como modo de vida, estilo marcado pelo intenso individualismo isolacionista. O que tem levado as pessoas a viver cada vez mais em cidades divididas, fragmentadas, fortificadas, de comunidades muradas, propensas a conflitos e de espaços públicos cada vez mais mantidos sob vigilância constante. São os pobres, os desprivilegiados e marginalizados do poder político que sofrem mais com esse processo, pois não adentram esses espaços.

Também sobre o *direito* à cidade, Agier (2011) afirma que as novas construções nas grandes cidades têm privilegiado a privatização do espaço urbano, as totalidades fechadas, os muros. Para esse autor, trata-se de enclaves fortificados, utilizados como estratégia de proteção ante o sentimento generalizado de insegurança.

5 INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI): LUGAR PARA QUEM NÃO TEM OPÇÃO?

Por causa dessa geopolítica que se instalou, proposta pelos economistas e imposta pela mídia, o centro do mundo, hoje, não é o homem, é o dinheiro. Isso abriu espaço para qualquer forma de barbárie pela qual a gente deixa morrer crianças, velhos e adultos, tranquilamente.

Milton Santos

Diante das dificuldades enfrentadas de forma individual e pelas famílias, a instituição de longa permanência para idosos tem sido a forma de moradia mais utilizada como alternativa de residência de longa duração por esse segmento. Espaços como esse já foram denominados “asilo de mendicância”, “asilo”, “abrigo de idosos”, “ancionato”, “morada de idosos”, “lar de idosos”, “recanto de idosos”, “cantinho da vovó e do vovô”, entre outros nomes parecidos.

Verifica-se que, apesar da mudança terminológica, excetuando “asilo de mendicância”, todas as demais denominações continuam sendo utilizadas, embora a legalmente designada seja “instituição de longa permanência para idosos (ILPI)”. O que se pretendeu com a nova denominação foi ultrapassar o modelo pautado pelo controle das vidas para um modelo centrado na liberdade, na dignidade, na autonomia e preservação da independência.

As instituições que outrora foram destinadas a pessoas em situação de extrema vulnerabilidade ou situação de miséria, com funcionamento associado ao preconceito das velhices como etapa terminal da vida, precisaram mudar de nome para acompanhar a nova compreensão das velhices como curso de vida que deve ser vivido de forma plena, com dignidade e alegria. Assim, além da mudança de nome, as instituições de atendimento devem acompanhar e efetivar na sua sistemática de trabalho essa concepção.

Segundo Meleiro (2016), no Brasil as instituições de atendimento remontam ao período colonial, quando as Santas Casas de Misericórdia possuíam entre suas 14 obras de misericórdia vestir os nus, dar de comer aos famintos, de beber aos sedentos e assistir aos enfermos. Para cumprir essas obras as Santas Casas prestavam cuidados a crianças advindas da roda dos expostos; a desvalidos pela deficiência, doença física e mental, condição social desfavorável ou pela idade, em espaços

denominados “asilos”. Com o passar do tempo, não apenas as Santas Casas, bem como outras instituições de cunho religioso e filantrópico, também passaram a oferecer esse tipo de serviço, sempre na mesma perspectiva – atender aos excluídos alicerçadas na benemerência.

Numa espécie de limpeza social, as pessoas marginalizadas eram postas nessas instituições, que eram locais reservados àqueles que a sociedade não desejava ver circulando no espaço urbano, visto que ficavam perambulando e pedindo esmolas pelas ruas, representando “um risco” enquanto estampavam a grave desigualdade social e econômica do país.

Em nosso estudo, podemos fazer correlação do atendimento a pessoas idosas com a análise que Faleiros (2011) faz da política de assistência social voltada a crianças e adolescentes no Brasil. O autor sustenta que a política de assistência social foi elaborada sob dois alicerces – educação para o trabalho e segregação. As crianças pobres deveriam ser formadas para constituir mão de obra em atividades pouco valorizadas, portanto, com baixa remuneração. Enquanto os meninos eram ensinados nas escolas de ofício a serem sapateiros, barbeiros, carpinteiros, ferreiros, carapinas, etc., as meninas recebiam a educação doméstica para se tornarem boas esposas, empregadas domésticas ou religiosas, ficando evidenciado o caráter sexista da educação para o trabalho.

Aos “menores”²¹ era dispensada a educação para o trabalho e às crianças e adolescentes, isto é, aos filhos da elite dominante, a educação para ocupar as universidades e os espaços de decisão e comando da sociedade.

Aos excluídos da produção e das normas dominantes, aqui incluídas as pessoas idosas, prevalecia a ideia de proteção da sociedade, subjacente aqui a concepção higienista, de limpeza social com a internação dos “menores”, dos vadios – jovens desempregados e sem escolaridade –, e das pessoas idosas consideradas inservíveis para o capital em asilos para que fossem tiradas da visão da sociedade sem que de fato se resolvesse o cerne do problema – a péssima distribuição de renda do país. Ao contrário, reforçava-se o papel subalterno e discriminatório dessas pessoas na

²¹ A partir do Estatuto da Criança e do Adolescente, o termo “menores” passou a ser considerado inadequado, sendo substituído por “crianças e adolescentes”. O antigo termo era/é carregado de preconceito, discriminação, pois define como menores as crianças e adolescentes que estão nas camadas mais pauperizadas da sociedade, além de associá-los à ideia de ato infracional.

sociedade. A perspectiva higienista fica evidenciada pela descrição de Faleiros (2011):

A disciplina e a ordem deveriam existir não somente nas famílias e internatos, mas também nas ruas. Franco Vaz nota que a Lei n. 947 de 29/12/1902 autoriza o governo a reorganizar a polícia, criar colônias correcionais para reabilitação profissional dos “vadios, capoeiras, meninos viciosos” julgados na capital (p. 39).

Os asilos possuíam por marca as características das instituições totais que Goffman (1987) define como locais de residência e de trabalho em que “um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por um período considerável de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1987, p.11).

No caso das pessoas idosas, uma vez que ingressassem na instituição dificilmente retornavam ao convívio social. As instituições eram consideradas o lugar para “viver” enquanto a morte não chegasse, lugar carregado de tristeza, lembranças do passado, saudade da família, dos amigos e do tempo que não mais voltaria.

De forma geral, até a década de 1990 esse foi o perfil das instituições voltadas à residência de pessoas idosas, lugares desprovidos de interações entre os residentes e destes com o mundo externo. As interações externas mantidas até então provinham de grupos, geralmente religiosos, que realizavam visitas às instituições para a prática de benemerência e doação de tempo e amor ao próximo.

Inexistia regramento jurídico estabelecendo padronização para funcionamento das instituições de atendimento. Assim, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 810, de 22 de setembro de 1989, que apresentou normas e padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições de atendimento à pessoa idosa e estabeleceu a exigência de estatuto, regulamento, direção técnica, alvará de funcionamento, prontuário e relatório individual, instalações físicas adequadas, recursos humanos compatíveis com a população atendida.

Posteriormente, em uma etapa de regulamentação da Política Nacional do Idoso, foi apresentado um novo paradigma de procedimento e mudanças das normas de funcionamento dos serviços e programas de atendimento ao idoso: o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) publicou a Portaria n. 73, de 10 de maio de 2001, com as normas de funcionamento de serviços de atenção à pessoa idosa no Brasil.

Essa portaria teve por lema “garantia de direitos e cumprimento de deveres para um envelhecimento saudável com qualidade de vida”. E apresentou como modalidades de atendimento à pessoa idosa: residência temporária; família natural; família acolhedora; república, centro de convivência, centro-dia; casa-lar; assistência domiciliar/atendimento asilar; e atendimento integral institucional.

A partir da nova concepção das velhices como período no qual as pessoas devem viver, interagir, com direito a ter direitos, diante do aumento do número de pessoas que chegam à velhice com saúde, com renda, com vínculo familiar e que buscam a instituição de forma voluntária, alterando-se o perfil das instituições e dos residentes, duas normativas passaram a regular o funcionamento das moradias para pessoas idosas:

- Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, Estatuto do Idoso;
- Resolução da Diretoria Colegiada n. 283, de 26 de setembro de 2005 (RDC 283/2005).

Não se sabe ao certo quantas ILPIs existem no Brasil. Em um esforço para levantar esse quantitativo e as condições de funcionamento dessas instituições, o IPEA, em parceria com a Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH) e Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), realizou entre os anos de 2007 e 2009, levantamento censitário a partir das informações fornecidas pelo Ministério do Desenvolvimento Social, secretarias estaduais e municipais de assistência social, conselhos do idoso (nacional, estaduais e municipais), vigilâncias sanitárias e Ministério Público, além de levantamento em lista telefônica e classificados em jornais. Ao final, foram identificadas 3.549 instituições no Brasil, com 302 na região Nordeste, sendo 82 na Bahia.

Após examinar os resultados da pesquisa, Camarano (2008) observou:

Ao todo foram identificadas 82 ILPIs no Estado da Bahia e todas elas responderam ao questionário da pesquisa [...]. Percebe-se que a maior parte delas se concentra principalmente na capital, Salvador, que conta com 29, e nas cidades ao redor. As regiões oeste e norte do estado são as que têm o número menor de instituições. Entre os 417 municípios do estado apenas 48 possuem alguma ILPI. Isto significa que as outras 369 cidades (88%) não contam com essa modalidade de serviço (p. 52).

O crescimento do número de ILPIs no Brasil é inegável; o mesmo ocorre em Salvador, onde foi possível constatar, a partir do levantamento realizado para este estudo, um número imensamente superior ao de 05 (cinco) ILPIs cadastradas no Conselho Municipal do Idoso. No mapeamento realizado, foram identificadas 73

(setenta e três) ILPIs em funcionamento, o que significa que 68 instituições então funcionavam de forma irregular ou ilegal (Apêndice E). As três ILPIs participantes da pesquisa são filantrópicas e estão inscritas no Conselho Municipal do Idoso.

Chamo de “irregulares” aquelas instituições juridicamente constituídas, isto é, que estão inscritas no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica junto à Receita Federal, mas que não possuem inscrição no Conselho Municipal do Idoso e Vigilância Sanitária; e de “ilegais” aquelas que não dispõem de nenhum tipo de registro.

Considerando a impossibilidade de visitar todas as instituições *in loco*, no mapeamento realizado não foi possível identificar quantas ILPIs são filantrópicas e quantas são privadas, porque as que estão em situação irregular ou ilegal não prestam informação por telefone ou por mensagem eletrônica.

Constata-se a escassez de instituições públicas em Salvador, visto que o município conta com apenas 1 (uma) ILPI pública municipal; o que abre espaço para a expansão das instituições filantrópicas e privadas. As ILPIs acabam se constituindo em um ramo de negócio a ser explorado tanto com foco no público que pode arcar com um custo mais elevado quanto voltado para as pessoas idosas mais pobres, que recebem 1 salário mínimo. Pois a legislação permite que 70% do rendimento pode ser destinado ao pagamento da ILPI que as acolhe.

Chamo a atenção para situações que ocorrem em muitas instituições que se denominam filantrópicas:

- ✓ Cobram valores acima do salário mínimo, o que exclui um grande número de pessoas idosas que seriam o alvo prioritário dessas instituições, pois recebem apenas um salário mínimo e não contam com o auxílio financeiro de familiares para arcar com esse custo;
- ✓ Não respeitam o instituído pela Resolução do Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos²², o qual limita em no máximo 70% o limite de cobrança de participação da pessoa idosa no custeio da entidade como forma de garantir o direito a liberdade, dignidade e cidadania;
- ✓ Mesmo cobrando valor acima do salário mínimo e/ou não respeitando o limite de participação do residente no custeio da entidade, por se definirem como

²² Resolução Nº 33, de 24 de maio de 2017 do Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19219978/do1-2017-08-07-resolucao-n-33-de-24-de-maio-de-2017--19219851. Acesso em 24 fev. 2020.

filantrópicas, muitas delas solicitam contribuições/doações financeira e material para a população em geral.

Fica a pergunta: são de fato filantrópicas ou se intitulam filantrópicas para além do pagamento por parte do residente poderem angariar doações?

5.1 Normas para funcionamento das instituições de longa permanência para idosos

O Estatuto do Idoso e a RDC 283/2005 são os documentos que demarcam as regras de funcionamento das instituições de longa permanência governamentais e não governamentais. O Estatuto do Idoso delega ao Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, à Vigilância Sanitária e ao Ministério Público a função de agentes fiscalizadores com vistas a garantir respeito aos direitos humanos, condições de habitabilidade, dignidade, convivência familiar, comunitária e intergeracionalidade.

A RDC 283/2005 define as instituições de longa permanência para idosos, como “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania” (RDC 283, de 26 de setembro de 2005).

Camarano e Kanso (2010) definem a ILPI como “uma residência coletiva, que atende tanto idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que necessitem de cuidados prolongados” (CAMARANO; KANSO, 2010, p. 233).

Ainda de acordo com Camarano e Kanso (2010), a longevidade e a redução da capacidade física, cognitiva e mental passaram a requerer que essas instituições deixassem de integrar a rede de assistência e integrassem a rede de assistência à saúde, isto é, que fossem algo mais que um abrigo, fossem um lugar para viver, para interagir com os demais residentes e com o mundo externo. Diante disso,

[...] para tentar expressar a nova função híbrida dessas instituições, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sugeriu a adoção da denominação Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Entretanto, na literatura e na legislação, encontram-se referências indiscriminadamente a ILPIs, casas de repouso, clínicas geriátricas, abrigos e asilos. Na verdade, as instituições não se autodenominam ILPIs (CAMARANO; KANSO, 2010, p. 233-234).

A necessidade de cuidados prolongados se reflete no perfil das ILPIs, dado que esse tipo de moradia ainda é visto como espaço para pessoas muito idosas ou que não possuem autossuficiência para residir sozinhas. Um exemplo é uma residente entrevistada que está na ILPI 3.

A Defensora falou e o pessoal da prefeitura me trouxe pra esse abrigo. Mas assim que puder vou sair daqui. Ela (a dirigente) disse que assim que eu completar 65 anos vai me aposentar, aí vou sair daqui e ir pro meu cantinho. Isso aqui não é lugar pra mim não, eu ainda tô nova. Isso aqui é lugar para essas "veinha", eu posso fazer minhas coisas, posso ter minha casa (sra. Rosa, sexo feminino, negra, 64 anos).

O Estatuto do Idoso é a principal lei de defesa da pessoa idosa no Brasil e dedica dois de seus capítulos às entidades de atendimento: Capítulo II – Das entidades de atendimento ao idoso e Capítulo III – Da fiscalização das entidades de atendimento, ambos no Título IV – Da política de atendimento ao idoso.

O artigo 48 da referida lei determina que as entidades governamentais e não governamentais devem proceder à inscrição dos seus programas na Vigilância Sanitária e no Conselho da Pessoa Idosa, além de atender a requisitos mínimos de funcionamento e idoneidade do (s) dirigente (s). Já o artigo 49 apresenta os princípios que devem reger o funcionamento das entidades de atendimento, quais sejam:

Art. 49. As entidades que desenvolvam programas de institucionalização de longa permanência adotarão os seguintes princípios:

- I - preservação dos vínculos familiares;
- II - atendimento personalizado e em pequenos grupos;
- III - manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior;
- IV - participação do idoso nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo;
- V - observância dos direitos e garantias dos idosos;
- VI - preservação da identidade do idoso e oferecimento de ambiente de respeito e dignidade.

Parágrafo único. O dirigente de instituição prestadora de atendimento ao idoso responderá civil e criminalmente pelos atos que praticar em detrimento do idoso, sem prejuízo das sanções administrativas.

Considero que o cumprimento desses princípios constitui um dos maiores desafios postos, pois significa a superação do modelo historicamente executado para um modelo centrado na valorização e respeito ao sujeito e nas vivências que possui. São os princípios que regem uma instituição que norteiam sua atuação, que direcionam todo trabalho desenvolvido.

O artigo 50 elenca as obrigações das instituições no que concerne à obrigatoriedade de celebrar contrato, fornecimento de estrutura física e material

adequados, atendimento personalizado, oferta de atividades e atendimento de saúde na perspectiva da preservação da qualidade de vida. Fica evidenciada a necessidade de realização do trabalho na perspectiva individual, pelo fato de cada residente ser único, possuir necessidades individuais, mas também o trabalho coletivo nos campos da educação, esporte, cultura e lazer.

Diante do caráter híbrido das instituições, a necessidade de cuidado prolongado de saúde é um dos motivos ensejadores da busca pela ILPI. Dessa forma, o Estatuto do Idoso atribui à ILPI a obrigatoriedade de proporcionar cuidados de saúde a partir da necessidade de cada residente e de comunicar à autoridade competente toda ocorrência de doença infectocontagiosa.

Art. 50. 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;
- II - observar os direitos e as garantias de que são titulares os idosos;
- III - fornecer vestuário adequado, se for pública, e alimentação suficiente;
- IV - oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade;
- V - oferecer atendimento personalizado;
- VI - diligenciar no sentido da preservação dos vínculos familiares;
- VII - oferecer acomodações apropriadas para recebimento de visitas;
- VIII - proporcionar cuidados à saúde, conforme a necessidade do idoso;
- IX - promover atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer;
- X - propiciar assistência religiosa àqueles que desejarem, de acordo com suas crenças;
- XI - proceder a estudo social e pessoal de cada caso;
- XII - comunicar à autoridade competente de saúde toda ocorrência de idoso portador de doenças infectocontagiosas;
- XIII - providenciar ou solicitar que o Ministério Público requirite os documentos necessários ao exercício da cidadania àqueles que não os tiverem, na forma da lei;
- XIV - fornecer comprovante de depósito dos bens móveis que receberem dos idosos;
- XV - manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, parentes, endereços, cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições, e suas alterações, se houver, e demais dados que possibilitem sua identificação e a individualização do atendimento;
- XVI - comunicar ao Ministério Público, para as providências cabíveis, a situação de abandono moral ou material por parte dos familiares;
- XVII - manter no quadro de pessoal profissionais com formação específica.

A decisão de residir em instituição não é uma decisão fácil, pois envolve uma série de elementos como lugar que ocupa no grupo familiar, ausência de familiares, condição financeira, perda do espaço privativo, aceitação de regras impostas pela instituição, e a realidade da solidão. Para muitas pessoas idosas não constitui uma escolha, mas a única alternativa para ter suas necessidades de saúde e econômicas

atendidas. Sobre a decisão/escolha de a pessoa idosa residir sozinha ou em instituição, Mizan (2019) afirma:

Para aqueles que desejam morar sozinhos e conseguem manter sua capacidade funcional até o fim da vida, estes podem contar com as novas tecnologias, tais como monitoramento a distância e adaptação dos ambientes. Mas em relação àqueles que apresentam perda funcional ou doenças que comprometem o autocuidado, a opção por morar sozinho nem sempre é possível, a não ser que disponham de cuidadores, sejam estes familiares ou profissionais (p. 46-47).

Acerca das motivações que as levaram as pessoas residentes a buscar a ILPI, nas entrevistas realizadas identificamos as seguintes situações ensejadoras da decisão de ali residir. À pergunta “quais motivos a/o levaram a residir em ILPI?”, pelas histórias de vida compartilhadas na pesquisa de campo, identifiquei situações distintas.

Tabela 6 – Motivos que levaram a residir em ILPI

Motivos que levaram a residir em ILPI		
Motivo	Gênero Feminino	Gênero Masculino
Decisão individual	02	01
Necessidade de cuidados prolongados	03	02
Encontrava-se em situação de rua	01	00
Decisão da filha	00	01
Σ	06	04

Fonte: Pesquisa realizada pela autora.

Das 10 pessoas entrevistadas, 3 afirmaram ter sido uma escolha individual, não a atribuindo a um motivo específico ou à interferência outra pessoa; 5 afirmaram que decidiram por reconhecer a necessidade de cuidados prolongados ou receio de necessitar desses cuidados e não ter com quem contar. Nas palavras das entrevistadas, “não quero dar trabalho a ninguém”. E 2 pessoas afirmaram não ter sido uma decisão/desejo permanecer na instituição; o sr. João-de-barro, por exemplo, relatou ter ingressado na instituição por decisão da filha e a sra. Açucena por ausência de cuidador familiar.

Minha filha me trouxe e me colocou aqui. Mas eu não vou ficar aqui não. Eu tenho muitos projetos, tenho plano de negócio para uma empresa que quero abrir. Minha vida toda eu fui comerciante, entrei no Exército, mas vi que não

era pra mim, pedi baixa. O que eu gosto mesmo é de negociar... Aqui não tenho nada a reclamar, mas os passarinhos devem comer onde quer, pousar onde quer, ter liberdade.

(Sr. João-de-barro, 89 anos, branco, nível médio, residindo na ILPI há 2 anos)

Eu morava com minhas sobrinhas, mas elas trabalhavam e não tinha quem ficasse comigo. Então vim praqui. Aqui tem tudo: alimentação, banho, roupa lavada, pessoas atenciosas. (Sra. Açucena, 88 anos, morena, sem escolaridade, residindo na ILPI há 1 ano)

Em referência à fiscalização das entidades de atendimento, o Estatuto do Idoso, no seu Capítulo III, determina que cabe ao Ministério Público, Conselhos dos Idosos e Vigilância Sanitária.

No que se refere à fiscalização das ILPIs em Salvador, essa atribuição tem se mostrado frágil por parte dos agentes responsáveis. Uma evidência da ausência de fiscalização é o fato de o CMI contar com apenas 5 instituições inscritas, sendo que o número de instituições em funcionamento (de forma irregular ou mesmo ilegal) é muito superior. O número de ILPIs irregulares e ilegais representa 93% das instituições em funcionamento no município.

Em consonância com o Estatuto do Idoso e tendo em vista a necessidade de estabelecer padrões qualitativos dos serviços prestados, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Reunião da Diretoria Colegiada 283, de 26 de setembro de 2005 (RDC 283/2005).

A RDC 283/2005 tem por objetivo estabelecer critérios para o funcionamento das instituições de longa permanência públicas e privadas, qualificar os serviços prestados e reduzir os riscos à saúde aos quais residentes de instituições estão propensos. Nesse sentido, estabelece critérios quanto a: documentação; estrutura física em condição de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança; princípios norteadores para o trabalho com pessoas idosas balizados nos documentos nacionais e internacionais de proteção à pessoa idosa; obrigatoriedade de desenvolver atividades físicas, recreativas e culturais; garantia da convivência familiar e comunitária, além da intergeracionalidade; e cuidados de saúde.

Apresento a seguir um quadro sintético da RDC 283/2005 no que se refere à documentação necessária ao registro e funcionamento de ILPIs.

Quadro 5 – Documentação exigida às ILPIs

QUADRO SÍNTESE RDC 283/2005 DOCUMENTAÇÃO	
A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve organizar e manter atualizados e com fácil acesso os documentos necessários à fiscalização, avaliação e controle social.	
Deve estar legalmente constituída e apresentar:	Estatuto registrado; Registro de entidade social; Regimento interno.
Alvará sanitário atualizado	Expedido pelo órgão sanitário competente, de acordo com o estabelecido na Lei Federal n. 6.437, de 20 de agosto de 1977.
Comprovar a inscrição de seu programa junto ao Conselho do Idoso	Em conformidade com o Parágrafo Único, art. 48 da n. Lei 10.741 de 2003.
Contrato formal de prestação de serviço	Com o idoso ou representante legal (procurador ou curador) especificando o tipo de serviço prestado bem como os direitos e as obrigações da entidade e do usuário em conformidade com inciso I, artigo 50, da Lei n. 10.741 de 2003.
Elaborar plano de trabalho	Que contemple as atividades previstas nos itens 4.3.1 a 4.3.11.
Manter registro atualizado de cada idoso	Em conformidade com o estabelecido no art. 50, inciso XV, da Lei 1.0741 de 2003.
Dispor de rotinas e procedimentos escritos	Referentes ao cuidado com o idoso.
Comunicar à Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênere, bem como ao Ministério Público	Situação de abandono familiar do idoso; Ausência de identificação civil.

Fonte: Elaborado pela autora com base na RDC 283/2005

A RDC 283 estabelece que, além da documentação necessária, a ILPI deve obedecer aos princípios norteadores da proteção à pessoa idosa contidos em documentos internacionais e na legislação nacional. Apresento de forma sintética as responsabilidades atribuídas às ILPIs, que estão intimamente relacionadas aos princípios estabelecidos no Estatuto do Idoso.

Quadro 6 – Responsabilidades da ILPI

QUADRO SÍNTESE RDC 283/2005 RESPONSABILIDADES DA ILPI	
É responsável pela atenção ao idoso	Conforme definido neste regulamento técnico.
Deve propiciar o exercício dos direitos humanos	Civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais.
Observar os direitos e garantias dos idosos	Inclusive o respeito à liberdade de credo e à liberdade de ir e vir, desde que não exista restrição determinada no Plano de Atenção à Saúde.
Preservar a identidade e a privacidade do idoso	Assegurando um ambiente de respeito e dignidade.
Promover a convivência mista	Entre os residentes de diversos graus de dependência.
Promover integração dos idosos	Nas atividades desenvolvidas pela comunidade local.
Promover ambiência acolhedora ²³	

Fonte: Elaborado pela autora com base na RDC 283, de 26 de setembro de 2005.

O cumprimento das responsabilidades é outro grande desafio às ILPIs, pois nessas responsabilidades estão contidos os princípios que devem reger as relações entre a instituição e os residentes, entre os próprios residentes, e a relação estabelecida com as famílias e com a comunidade. A interação entre residentes, família e comunidade baseia-se no princípio de que a residência institucional deve ser um ambiente de vivências, de partilha de experiências, de troca de saberes entre os diversos atores e atrizes sociais. Devendo estar presente também a intergeracionalidade.

Muito se tem falado sobre a intergeracionalidade e poucas são as ILPIs que têm proporcionado atividades que viabilizem a interação dos seus residentes com pessoas das diversas gerações, especialmente com os mais jovens.

Eu compreendo a intergeracionalidade como um instrumento de aprendizagem e valorização de saberes, haja vista que os mais jovens têm muito a aprender e os mais velhos possuem larga experiência e precisam aprender a lidar com o novo. A intergeracionalidade é importante como estratégia de superação de preconceitos e

²³ A Política Nacional de Humanização “define Ambiência como tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva”. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/areas-tematicas/ambiencia>. Acesso em 28 abr. 2020.

troca de saberes entre as gerações, pois se por um lado os jovens sabem muito de tecnologia, as gerações mais velhas possuem, entre outros saberes, o conhecimento da história, da cultura, das profissões que exerceram, a experiência de vida.

Falar sobre esses saberes remete a Ecléa Bosi (1994), que realizou um resgate de lembranças de velhos em uma perspectiva não apenas individual, mas correlacionando os processos interpessoais com os processos da sociedade, com as instituições sociais com as quais as experiências estão interligadas, isto é, com a família, com a classe social, com a religião, com a profissão.

Para a autora, as memórias pessoais estão intrinsecamente relacionadas à memória coletiva e à tradição de cada sociedade. Ao compartilhar essas histórias, a pessoa idosa permite aos mais jovens conhecer suas raízes, a história da sua comunidade, possibilitando assim aprender com os mais velhos e projetar novas formas de ver e se relacionar com o mundo, pensando inclusive nas políticas públicas necessárias à melhoria de vida das diversas gerações. Pensar na vida dos mais velhos, em última instância, é pensar no próprio futuro, como dito pelo sr. Amadeu, citado por Bosi (1994):

Os velhos de hoje foram os moços de ontem. Devem procurar ainda fazer alguma coisa na vida. Se um velho fosse doente, abandonado, deve-se recolher num lar onde pudesse passar os últimos anos com fartura, boa companhia quando sozinho. Se tem família, embora tenha feito algum deslize na mocidade, acho que devia ser perdoado e tratado muito bem. Há os que partiram para o jogo e a bebida e ficaram por aí abandonados. Mas eu acho que deveríamos olhar até para esses velhos. Eles também trabalharam (p. 152).

No que se refere ao dever de garantir o respeito à liberdade de ir e vir, das três ILPIs que foram visitadas nesta pesquisa duas relataram cumpri-lo, estabelecendo que a/o residente comunique para onde vai e a previsão de horário de retorno; uma ILPI não permite a saída da/do residente sem que esteja acompanhada (o) por um familiar ou uma pessoa não idosa.

O cerceamento da liberdade de ir e vir tem se constituído em uma das principais violações de direito da pessoa idosa em ILPI, e isso ocorre com a anuência das famílias. A justificativa da instituição é o receio de que, ao sair sozinha, a residente tenha algum infortúnio e a ILPI seja responsabilizada. Há que se compreender e garantir que, sendo um direito fundamental inscrito na Carta Magna, no Estatuto do Idoso e na RDC 283/2005, nenhum cidadão pode sob nenhuma hipótese ser cerceado do seu direito de circular, de se locomover, de viver a comunidade.

A esse respeito, o Estatuto do Idoso determina que as instituições têm o dever de assegurar todos os direitos e garantias das pessoas idosas. Também sobre esse tema, a RDC 283/2005 determina, nas Condições Gerais, que cabe à instituição propiciar aos seus residentes o exercício dos direitos humanos (civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais); bem como observar os direitos e garantias das pessoas idosas, como o respeito à liberdade de credo e à liberdade de ir e vir. Nos casos em que seja identificado declínio da capacidade cognitiva ou outra situação que possa expor a pessoa a risco, a restrição deve estar devidamente fundamentada no Plano de Atenção à Saúde.

O cerceamento do direito de ir e vir foi uma das características das instituições totais e deve ser combatido veementemente, pois é inadmissível que toleremos determinações que constituam violação de direito e sejam fator de adoecimento mental para quem sofre a violação.

Acerca do tempo de residência na ILPI, 20% das participantes estão ali há menos de 1 ano; 50% estão de 1 a 3 anos; 20% estão de 4 a 6 anos; e 10% (1 residente) se encontra na residência há mais de 7 anos, especificamente há 9 anos.

Apenas uma entrevistada relatou ter residido em outra ILPI anteriormente. Indagada quanto ao motivo de ter se mudado da ILPI anterior, relatou que não tinha autonomia sobre seus objetos pessoais

O que entrasse lá não podia sair. Eu tinha uma geladeira e não pode sair, tinha uma tv e foi um escândalo para conseguir sair com a tv. (Sra. Acácia, 89 anos, amarela, 5º ano, residindo na ILPI há 1 ano).

Quando indagadas sobre como consideram que deva ser uma ILPI, apenas 3 entrevistadas responderam à pergunta.

Deve ser toda plana, sem escada; e deve ter atividades que envolvam os idosos. (Sra. Jasmim, 78 anos, morena, nível superior, residindo na ILPI há 1 ano)

Precisa de espaço, direito a armário, geladeira; ter área de apoio. Ter atividades, não ter vida parada. (Sra. Gardênia, 71 anos, parda, ensino médio, residindo na ILPI há 9 anos)

Precisa de saúde, nutrição e assistência social. (Sr. Colibri, 85 anos, branco, nível superior, residindo na ILPI há 5 anos)

As demais não souberam responder à pergunta. A leitura que faço é que muitos concebem a instituição como espaço para atendimento das necessidades elementares (alimentação, higiene e cuidados de saúde); além disso, a ausência de conhecimento dos documentos norteadores dos direitos das pessoas idosas, bem

como o sentimento de não terem alternativa ao modelo de ILPI vigente, fazem com que não tenham uma visão crítica do modelo de residência de longa permanência. Considero também, que de maneira implícita, demonstram o receio de reclamar por melhorias e perder o local da residência, o que os colocaria em situação vulnerável diante do “poder da instituição”.

Em referência à ausência de senso crítico, Meleiro (2016) afirma:

Hoje, muitos deles residentes em instituições, são adultos sem expressão de voz sobre o serviço que lhe diz respeito. A autoestima prejudicada e a suprimida vivência de expressão explicam a resignação. Por isso, há necessidade de um sistema de controle fortalecido e amplificado sobre o atendimento institucional (p. 85).

Para a autora, as pessoas residentes de ILPI hoje, quando jovens viveram por longo período sob o regime militar, sem poder de expressão, além de terem crescido com a concepção negativa sobre o envelhecer, o que se reflete na postura acrítica. Por isso ela chama a atenção para a importância de os órgãos fiscalizadores garantirem a qualidade dos serviços prestados.

Ao serem perguntadas sobre as maiores dificuldades de residir em ILPI, sinalizaram o desapego material e o relacionamento interpessoal como elementos dificultadores da convivência e adaptação à vida na instituição.

A maior dificuldade é a falta de companhia para sair; os residentes mal-educados que não respeitam as regras. (Sra. Gardênia, 71 anos, parda, ensino médio, residindo na ILPI há 9 anos)

Convivência com pessoas muito diferentes. Algumas pessoas gostam de encrenca. (Sra. Acácia, 89 anos, amarela, 5º ano, residindo na ILPI há 1 ano)

Não tenho dificuldade, sempre aprendi a não ser apegado. (Sr. Colibri, 85 anos, branco, nível superior, residindo na ILPI há 5 anos).

Desligar das coisas, desapegar. (Sra. Margarida, 72 anos, branca, ensino médio, residindo na ILPI há 6 anos)

A opção é difícil, não foi fácil, né? Me desligar das coisas, e fui dando, olhar se não estou usando aquilo, se eu não vou mais usar, vou deixar aí, aí fui me desligando (pausa). Pois é, eu morei nesse apartamento, nesse edifício 23 anos. Todo mundo me conhece, me quer bem, o síndico me adora, um chamego danado eu com ele, entendeu? As vizinhas todas, tudo, mas tem seu limite, chegou a hora.

A alimentação é boa, a convivência também, a gente faz por conviver bem, né? Porque eu acho que conviver é uma coisa que você vai fazendo aos poucos. As coisas que aqui são promovidas, as meninas, as técnicas promovem, uma palestra muito agradável, um encontro, um bingo. Mil atividades a gente tem aqui.

Eu sempre vou no apartamento, uma vez por semana vou no apartamento. Eu não me desfiz, não. (Sra. Jasmim, 78 anos, morena, nível superior, residindo na ILPI há 1 ano).

O modo de produção capitalista reafirma seus valores por meio do fomento à lógica do consumo, supervalorizando o consumismo pela aquisição de bens materiais e pela consideração desses bens como extensão da pessoa ao valorizar quem mais consome produtos e serviços que muitas vezes se amontoam no espaço doméstico. No capitalismo, o ter é incentivado como elemento de poder.

O desapego aos bens materiais, o ter apenas o necessário, é uma rotina nas ILPIs, pois, na maior parte das instituições, o compartilhamento de todos os cômodos – quarto, banheiro, refeitório, sala de tv e outros espaços de uso coletivo – é a realidade.

Quadro 7 – Ambiente da ILPI – Dormitório

QUADRO SÍNTESE RDC 283/2005 AMBIENTE DA ILPI – DORMITÓRIO	
Dormitórios	Separados por sexos, para no máximo 4 pessoas, dotados de banheiro
	Os dormitórios de 01 pessoa devem possuir área mínima de 7,50 m ² , incluindo área para guarda de roupas e pertences do residente.
	Os dormitórios de 02 a 04 pessoas devem possuir área mínima de 5,50 m ² por cama, incluindo área para guarda de roupas e pertences dos residentes.
	Devem ser dotados de luz de vigília e campainha de alarme.
	Deve ser prevista uma distância mínima de 0,80 m entre duas camas. (Redação dada pela Resolução – RDC nº 94, de 31 de dezembro de 2007. Na redação anterior, a distância era de 0,50 m)

Fonte: Elaborado pela autora com base na RDC 283, de 26 de setembro de 2005.

Apesar de a RDC 283/2005 determinar que os dormitórios devam ser compartilhados por no máximo 4 residentes, esta não é a realidade de muitas instituições. Ainda são encontradas instituições com dormitórios nos moldes asilares com 8, 10, 15 camas, situação que incide negativamente na preservação da identidade, individualidade e privacidade das residentes.

O desapego pode ser compreendido não apenas na perspectiva material, mas também na perspectiva de mudança de hábitos, costumes e modos de vida. Pois, ao ingressar na instituição os hábitos, rotinas e formas de organização passam a ser definidas pela instituição, ainda que a RDC 283/2005 determine que as atividades devem ser planejadas com a participação efetiva dos residentes, ao chegar à

instituição já há uma rotina estabelecida e aquelas instituições que discutem coletivamente as atividades e rotinas o fazem levando em consideração a escolha da maioria dos residentes e da direção institucional.

Em referência ao relacionamento interpessoal, a convivência com pessoas de personalidades, costumes, hábitos e vivências tão diversas de fato constitui um desafio que deve ser trabalhado pelas equipes multidisciplinares, e especialmente por profissionais do Serviço Social e da Psicologia.

Quadro 8 – Atividades oferecidas pela ILPI

QUADRO SÍNTESE RDC 283/2005 ATIVIDADES OFERECIDAS	
Promover condições de lazer para os idosos tais como:	Atividades físicas; Recreativas; Culturais.
As atividades das ILPIs devem:	Ter a participação efetiva dos idosos; Respeitando as demandas do grupo e aspectos socioculturais do idoso e da região onde estão inseridos.
Desenvolver atividades e rotinas	Para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra pessoas nelas residentes.
Favorecer o desenvolvimento de atividades	Conjuntas com pessoas de outras gerações.
Incentivar e promover	A participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente.
Desenvolver atividades	Que estimulem a autonomia dos idosos.

Fonte: Elaborado pela autora com base na RDC 283, de 26 de setembro de 2005.

A RDC 283/2005 elenca ainda atividades que devem ser realizadas pela ILPI. Essas atividades objetivam promover interação social entre os residentes, ambiência acolhedora, convivência familiar e comunitária, intergeracionalidade. Em conjunto com as atividades físicas e cuidados de saúde, devem propiciar o envelhecimento ativo difundido pela OMS.

5.2 As Instituições de longa permanência para idosos frente à COVID-19

A OMS emitiu em 30 de janeiro de 2020 o mais alto alerta da Organização – a declaração de que o surto de SARS-CoV-2 (vírus que causa a COVID-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, e em 11 de março a caracterizou como pandemia²⁴. Segundo a OMS, “os coronavírus são a segunda principal causa do resfriado comum (após rinovírus) e, até as últimas décadas, raramente causavam doenças mais graves em humanos do que resfriado comum”. No entanto, em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan (China), foram registrados inúmeros casos que levaram à morte.

Os sintomas da COVID-19 são febre, tosse, cansaço, dor de garganta ou dificuldade de respirar, e em algumas pessoas diarreia. Há pessoas que são infectadas, mas permanecem assintomáticas e mesmo assim contaminam outras pessoas. Ao serem constatados os sintomas, a pessoa deve ser isolada para que não propague o vírus, especialmente para os grupos de risco. Fazem parte do grupo de risco as pessoas com mais de 60 anos, com doenças preexistentes, como diabetes, hipertensão, doenças respiratórias e cardiopatias. Essas pessoas são mais propensas a ter os sintomas da doença agravados.

Desde dezembro, quando foi identificado na China, o vírus se alastrou rapidamente por diversos países e continentes, causando milhares de óbitos. O quadro a seguir apresenta o número de infectados e de óbitos até o dia 28 de abril de 2020²⁵.

Quadro 9 – Dados da COVID-19 no mundo

DADOS DA COVID-19 EM 28 DE ABRIL DE 2020	
Mundo	6.057.853 confirmados (122.917 novos em relação ao dia anterior) 371.166 mortes (4.000 novas em relação ao dia anterior)
Brasil	498.440 casos confirmados 28.834 mortes

²⁴ É quando uma doença se espalha e avança em quadro epidêmico por várias regiões do planeta, em diferentes continentes, com transmissão local fixada. Disponível: <https://www.minhavidade.com.br/saude/materias/36043-entenda-a-diferenca-entre-surto-epidemia-e-pandemia>. Acesso em 29 mar. 2020.

²⁵ Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em 1 jun. 2020.

REGIÃO	CASOS CONFIRMADOS	MORTES
Região Europeia	2.159.791 casos confirmados (17.244 novos em relação ao dia anterior)	180.594 mortes (509 novas em relação ao dia anterior)
Região do Pacífico Ocidental	183.198 casos confirmados (1.533 novos em relação ao dia anterior)	7.037 mortes (9 novas em relação ao dia anterior)
Região das Américas	2.817.232 casos confirmados (73.439 novos em relação ao dia anterior)	160.514 mortes (2.812 novas em relação ao dia anterior)
Região do Mediterrâneo Oriental	520.137 casos confirmados (15.136 novos em relação ao dia anterior)	12.627 mortes (274 novas em relação ao dia anterior)
Região do Sudeste Asiático	272.512 casos confirmados (11.933 novos em relação ao dia anterior)	7.743 mortes (312 novas em relação ao dia anterior)
Região Africana	104.242 casos confirmados (3.632 novos em relação ao dia anterior)	2.638 mortes (84 novas em relação ao dia anterior)

Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde.

No Brasil, em 6 de fevereiro de 2020, o Governo Federal promulgou a Lei n. 13.979, que dispõe sobre as medidas de enfrentamento à propagação do coronavírus.

Art. 3º Para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, as autoridades poderão adotar, no âmbito de suas competências, dentre outras, as seguintes medidas:

- I - isolamento;
- II - quarentena;
- III - determinação de realização compulsória de:
 - a) exames médicos;
 - b) testes laboratoriais;
 - c) coleta de amostras clínicas;
 - d) vacinação e outras medidas profiláticas; ou
 - e) tratamentos médicos específicos;
- IV - estudo ou investigação epidemiológica;
- V - exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver;
- VI - restrição excepcional e temporária, conforme recomendação técnica e fundamentada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por rodovias, portos ou aeroportos de
 - a) entrada e saída do País; e
 - b) locomoção interestadual e intermunicipal
- VII - requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa; e
- VIII - autorização excepcional e temporária para a importação de produtos sujeitos à vigilância sanitária sem registro na Anvisa, desde que:
 - a) registrados por autoridade sanitária estrangeira; e
 - b) previstos em ato do Ministério da Saúde.

Em 11 de março de 2020, foi editada a Portaria n. 356, para regulamentar a lei supracitada. Entre outras determinações, a Portaria institui o isolamento como medida para evitar a propagação da infecção e transmissão local; define a quem cabe determinar a medida e a forma de isolamento; que a medida de quarentena terá prazo máximo de 40 dias, podendo se estender caso necessário; que o descumprimento das medidas de isolamento e quarentena acarreta responsabilização civil; relaciona os laboratórios responsáveis por validar a confirmação da doença.

O que se constata é que o Governo Federal, mesmo tendo editado as medidas relativas à contenção do vírus, na prática não tem tratado a doença como necessita ser tratada. Em seus pronunciamentos na mídia e nas redes sociais, o presidente da República trata a COVID-19 como uma simples gripe e tem recomendado que as pessoas não pratiquem o isolamento social por considerar uma medida drástica demais à economia. Além disso, considera que esta é uma doença que acomete de forma grave apenas as pessoas idosas, recomendando nas suas entrevistas e publicações em redes sociais que seja realizado apenas o isolamento vertical. Chegou ao absurdo de considerar que a morte de 5 ou 7 mil pessoas não poderia parar o país e afetar a economia.

Em 24 de março de 2020, o presidente realizou pronunciamento em rede nacional de rádio e televisão contrariando o recomendado pelo Ministério da Saúde. Segue a íntegra do pronunciamento.

Desde quando resgatamos nossos irmãos em Wuhan, na China, em uma operação coordenada pelos ministérios da Defesa e das Relações Exteriores, surgiu para nós um sinal amarelo. Começamos a nos preparar para enfrentar o coronavírus, pois sabíamos que mais cedo ou mais tarde ele chegaria ao Brasil. Nosso ministro da Saúde reuniu-se com quase todos os secretários de Saúde dos estados para que o planejamento estratégico de combate ao vírus fosse construído e, desde então, o doutor Henrique Mandetta vem desempenhando um excelente trabalho de esclarecimento e preparação do SUS para atendimento de possíveis vítimas. Mas, o que tínhamos que conter naquele momento era o pânico, a histeria. E, ao mesmo tempo, traçar a estratégia para salvar vidas e evitar o desemprego em massa. Assim fizemos, quase contra tudo e contra todos.

Grande parte dos meios de comunicação foram na contramão. Espalharam exatamente a sensação de pavor, **tendo como carro-chefe o anúncio de um grande número de vítimas na Itália, um país com grande número de idosos e com um clima totalmente diferente do nosso.** Um cenário perfeito, potencializado pela mídia, para que uma verdadeira histeria se espalhasse pelo nosso país.

Contudo, percebe-se que, de ontem para hoje, parte da imprensa mudou seu editorial. Pedem calma e tranquilidade. Isso é muito bom. Parabéns, imprensa brasileira. É essencial que o equilíbrio e a verdade prevaleça entre nós.

O vírus chegou, está sendo enfrentado por nós e brevemente passará. Nossa vida tem que continuar. Os empregos devem ser mantidos.

O sustento das famílias deve ser preservado. **Devemos, sim, voltar à normalidade.** Algumas poucas **autoridades estaduais e municipais devem abandonar o conceito de terra arrasada, como proibição de transporte, fechamento de comércio e confinamento em massa.** O que se passa no mundo tem mostrado **que o grupo de risco é o das pessoas acima dos 60 anos.** Então, por que fechar escolas? **Raros são os casos fatais de pessoas sãs, com menos de 40 anos de idade.** 90% de nós não teremos qualquer manifestação caso se contamine. Devemos, sim, é ter extrema preocupação em não transmitir o vírus para os outros, em especial aos nossos queridos pais e avós. Respeitando as orientações do Ministério da Saúde.

No meu caso particular, **pelo meu histórico de atleta, caso fosse contaminado pelo vírus, não precisaria me preocupar, nada sentiria ou seria, quando muito, acometido de uma gripezinha ou resfriadinho,** como bem disse aquele conhecido médico daquela conhecida televisão.

Enquanto estou falando, o mundo busca um tratamento para a doença. **O FDA americano e o Hospital Albert Einstein, em São Paulo, buscam a comprovação da eficácia da cloroquina no tratamento do Covid-19.** Nosso governo tem recebido notícias positivas sobre este remédio fabricado no Brasil e largamente utilizado no combate à malária, lúpus e artrite.

Acredito em Deus, que capacitará cientistas e pesquisadores do Brasil e do mundo na cura desta doença. Aproveito para render as minhas homenagens a todos os profissionais de saúde. Médicos, enfermeiros, técnicos e colaboradores que, na linha de frente nos recebem nos hospitais. Nos tratam e nos confortam. **Sem pânico ou histeria, como venho falando desde o início,** venceremos o vírus e nos orgulharemos de estar vivendo neste novo Brasil, que tem tudo, sim, para ser uma grande Nação. Estamos juntos, cada vez mais unidos, Deus abençoe nossa pátria querida. (destaques nossos)

A postura do presidente da República tem sido rechaçada pela maior parte da população, pela imprensa, pelos organismos de saúde e especialmente pelos governadores e prefeitos que vêm adotando medidas de contenção ao vírus. Vários pontos do discurso do presidente foram colocados em dúvida ou mesmo tidos como inverídicos. Destaco alguns pontos do discurso do presidente:

- A COVID-19, apesar de acometer principalmente pessoas idosas, visto que muitas vezes estas possuem quadro de diabetes, hipertensão e outras comorbidades, não afeta apenas pessoas com mais de 60 anos;
- Não há elementos que indiquem que o vírus não se propague em climas quentes, não há base científica para a relação entre a temperatura e a umidade de um local com a propagação do coronavírus;

- Fechar as escolas é importante porque as crianças, mesmo não sendo grupo de risco, poderão ter complicações, assim como, se infectadas, transmitir para outras crianças, adultos, pessoas idosas e doentes crônicos;
- Atletas não estão isentos de ter complicações e podem não ter o atendimento adequado por conta do saturamento do sistema de saúde, tornando-se vítimas fatais;
- Estão sendo realizadas pesquisas com a cloroquina, mas as pesquisas estão em estágio inicial; não há indícios científicos que justifiquem a indicação do medicamento. A divulgação dessa informação pelo presidente dos Estados Unidos e a replicação por parte do presidente do Brasil provocaram uma corrida às farmácias, deixando sem a medicação pacientes que fazem tratamento das doenças que comprovadamente respondem ao medicamento;
- Não há evidência de que o isolamento vertical, aquele que separa apenas as pessoas consideradas do grupo de risco, de fato proteja esse e os demais grupos, haja vista que pessoas que não fazem parte do grupo de risco têm sido hospitalizadas. Além disso, a composição das famílias no Brasil, especialmente nas periferias, é de grupos intergeracionais convivendo no mesmo domicílio, com os mais velhos sendo cuidados pelos mais jovens, ou com avós cuidando dos netos e bisnetos;
- Deve sim haver a preocupação com a economia do país, com a sobrevivência das famílias. Para isso, o Governo Federal deve apresentar políticas sociais emergenciais de auxílio à população, em vez de editar medida de suspensão dos contratos de trabalho e redução dos salários que historicamente já são baixos. Nesse sentido, a bancada de oposição na Câmara dos Deputados aprovou Projeto de Lei com medidas de socorro financeiro aos autônomos, micro e pequenas empresas; além de auxílio financeiro aos inscritos no CADÚnico;
- Por fim, todos os organismos de saúde são firmes ao afirmar que a COVID-19 não é uma simples gripe.

O discurso do presidente da República demonstra o total desrespeito à vida como bem supremo, a priorização do mercado em detrimento da vida. Além da desvalorização da ciência como produtora de conhecimento e de respostas aos problemas da sociedade.

Da perspectiva das pessoas idosas, o mandatário demonstra ainda que desconsidera as velhices como importante fase da vida que merece ser vivida de forma digna, e que devam ser utilizados todos os recursos disponíveis para a preservação da vida e da qualidade de vida. As pessoas idosas não podem ser desconsideradas por não mais estarem no mercado de trabalho, pois ao longo da vida produziram riquezas e não podem ser consideradas um peso ou descartáveis em momentos de crise.

Em sentido inverso, no estado da Bahia e na cidade do Salvador, o governador do estado e o prefeito municipal têm envidado esforços em separado e em conjunto para frear o avanço da doença.

Até o dia 24 de abril de 2020, o governo do estado da Bahia publicou 39 decretos²⁶ relativos ao enfrentamento da COVID-19. Entre esses decretos, destaco as medidas da declaração de Situação de Emergência em todo território baiano em decorrência da doença infecciosa viral: autoriza mobilização de todos os órgãos do estado para apoiar as ações de enfrentamento ao vírus; considera serviço público essencial as atividades relacionadas à segurança pública, saúde, proteção e defesa civil, fiscalização e arrecadação; suspende por 10 dias a circulação e saída de qualquer transporte coletivo público e privado, rodoviário e hidroviário nos municípios de Salvador, Feira de Santana, Porto Seguro, Prado, Lauro de Freitas, Simões Filho, Vera Cruz e Itaparica (suspensão ampliada); suspende transporte de passageiros por ônibus interestadual no território da Bahia; proíbe atividades (tais como eventos desportivos, religiosos, científicos, passeatas, academias de dança e ginástica) com a presença de mais de 50 pessoas e as atividades letivas da rede pública e privada; proíbe a abertura e funcionamento de zoológicos, museus, teatros, etc. e a presença de público ou torcida nos jogos de futebol profissional e amador; instala unidades de pronto atendimento (UPAS) no interior do estado; indica imóvel para acolhimento de dois mil pacientes de comunidades carentes que não possuem estrutura doméstica para a recuperação; suspende a atracação de cruzeiros e outras embarcações de passageiros de grande porte na Bahia; indica hospitais para tratamento das pessoas infectadas pela COVID-19.

²⁶ Disponível em: <http://www.casacivil.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=101>. Acesso em 24 abr. 2020.

Em referência à ILPIs, a SESAB publicou a Portaria 133, de 3 de abril de 2020, instituindo a Comissão Intersetorial de Acompanhamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos em tempos de pandemia por COVID-19, com o objetivo de estabelecer o monitoramento das ações de saúde de modo a intervir e orientar sobre o cuidado à pessoa idosa. A referida comissão tem atribuições:

- Orientar as ILPIs quanto ao cuidado durante o período de pandemia;
- Articular os gestores e profissionais do SUS e SUAS para garantia dos direitos à saúde e assistência social;
- Desenvolver estratégias de qualificação para os profissionais que prestam cuidados às pessoas idosas.

No âmbito do executivo municipal, a Prefeitura de Salvador elaborou o Plano Municipal de Contingência COVID-19, cujas medidas tiveram como principal objetivo o isolamento social e começaram a ter vigência a partir de 16 de março de 2020. Entre essas medidas, destaco: proibição por tempo indeterminado de qualquer evento com mais de 500 pessoas; fechamento de shopping centers; suspensão das aulas na rede pública e privada, incluindo faculdades e autoescolas; distribuição de cestas básicas para todos os alunos da rede municipal, inclusive creches conveniadas; interdição total de seis praias inicialmente por 15 dias (suspensão ampliada); redução em 30% da frota de ônibus por 15 dias, exceto nos horários de pico (período ampliado); determinação para que trabalhadores com mais de 65 anos, gestantes, que utilizam medicamentos imunossupressores e 30% dos trabalhadores de *call centers* atuem em suas residências por 15 dias (período ampliado); reforço da limpeza e higienização dos ônibus e das estações de transbordo; ampliação do horário de funcionamento do Restaurante Popular em São Tomé de Paripe, priorizando pessoas idosas e pessoas com deficiência; trabalho remoto para servidores municipais gestantes, com mais de 65 anos e com doenças crônicas.

Em relação às instituições de longa permanência – proibição de visitas em grupo ao Abrigo Dom Pedro II; ampliação de doação de alimentos a pessoas em situação de rua, idosas e com deficiência, além das instituições de longa permanência; doação de colchões, materiais de limpeza e cestas básicas para 47 ILPIs.

Em 17 de março de 2020, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) divulgou recomendações para prevenção e controle de infecções pela COVID-19 em instituições de longa permanência. Recomendou que as ILPIs elaborem planos de ação e de vigilância adaptados à realidade de cada instituição, incluindo

ações preventivas e de conduta com o objetivo de evitar o surgimento e surtos da doença, além da promoção de treinamento da equipe quanto à higienização das mãos e equipamentos de trabalho.

Na mesma direção da SBGG, a ANVISA publicou, em 21 de março de 2020, Nota Técnica GVIMS/GGGTES/ANVISA n. 05/2020 direcionada às ILPIs com orientações para prevenção e controle de infecções pela COVID-19. São recomendações da ANVISA:

- Monitoramento diário dos residentes quanto aos sintomas da COVID-19;
- Garantir que todos os residentes estejam com o calendário de vacinas atualizado;
- Orientar residentes e profissionais quanto a higiene das mãos, higiene respiratória, etiqueta da tosse; estimulando-os e oferecendo condição para que realizem a lavagem das mãos com frequência e de forma adequada;
- Reduzir ao máximo o número de visitantes, bem como frequência e duração, estabelecendo cronograma de visitas evitando aglomeração; não permissão de visitas de quem apresenta qualquer sintoma ou que teve contato com pessoa com suspeita ou diagnóstico de COVID-19; contra indicação de visita de crianças por serem possíveis portadoras da doença;
- Suspensão de atividades coletivas;
- Eliminação ou restrição do compartilhamento de objetos de uso pessoal;
- Adequado descarte de lixo, limpeza das áreas, uso de equipamentos de proteção individual para profissionais que laboram na instituição.

Em 24 de abril de 2020, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde editou a Nota Técnica Nº 9/2020 – COSAPI/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS com orientações para prevenção e controle da COVID-19 nas ILPIs. Além das recomendações fornecidas pela ANVISA, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde atribuiu às unidades básicas de saúde, especialmente às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) a atribuição de acompanhar os residentes de ILPI no território de sua responsabilidade.

O MP/BA recomendou que as Secretarias de Saúde adotem as medidas necessárias para a prevenção da COVID-19 nas ILPIs, orientando os gestores para que restrinjam as visitas de familiares, permitindo apenas em casos emergenciais, adotando recursos tecnológicos (celular, vídeo chamada, telefonemas, entre outros); adotar todas as medidas previstas pela OMS e plano de contingência estadual;

fornecer todos os equipamentos e materiais necessários aos funcionários e gestores das ILPIs.

Destaco nas recomendações expedidas a indicação de restrição e proibição de visitas aos residentes de ILPIs. A ausência de visitas de familiares já é uma realidade independente da pandemia; muitas são as pessoas idosas que, ao passar a residir em instituição de longa permanência, observam as visitas escassearem e acabam por perder os laços familiares. Quando ocorre essa perda dos laços familiares é porque há também a aquiescência da instituição, pois cabe à instituição diligenciar no sentido da preservação desses vínculos (Estatuto do Idoso, artigo 50, alínea VI), assim como é obrigação da entidade comunicar ao MP/BA os casos de abandono moral, o que, ao menos no município de Salvador, não tem sido cumprido.

Desde o mês de abril de 2020 começaram a ser registrados casos de óbito por COVID-19 de residentes de ILPI: em João Pessoa (PB)²⁷ foram 02 mortes; em Novo Hamburgo (RS)²⁸ 03 casos; em Antônio Carlos (SC)²⁹ 02 casos; e em Vitória (ES)³⁰ 05 óbitos. O programa de televisão “Combate ao Coronavírus”³¹ noticiou em 19 de maio de 2020 a preocupação dos especialistas com as pessoas idosas residentes de ILPIs, informando novos óbitos de residentes de ILPIs: Alagoas (02); Espírito Santo (08); Mato Grosso do Sul (5); Rio de Janeiro (9); Rio Grande do Sul (04); São Paulo (20) e Santa Catarina (03).

No estado da Bahia, no dia 5 de maio de 2020, foi noticiado que, até aquela data, das 68, 34 residentes de uma ILPI situada no município de Ipiaú estão assintomáticos, mas testaram positivo para a COVID-19³². Na mesma ILPI, 06 funcionários e 2 dirigentes também testaram positivo. As medidas adotadas pela instituição foram a transferência dos residentes que testaram negativo para outro local e o monitoramento sistemático dos residentes que permaneceram na ILPI. Em 20 de maio de 2020, a

²⁷ https://www.jornaldaparaiba.com.br/vida_urbana/asilo-confirma-morte-de-dois-idosos-por-coronavirus-em-joao-pessoa.html. Acesso em: 7 maio 2020.

²⁸ https://www.jornaldocomercio.com/_conteudo/especiais/coronavirus/2020/04/733142-novo-hamburgo-registra-3-morte-por-coronavirus-setima-no-rs.html. Acesso em: 7 maio 2020.

²⁹ <https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2020/04/03/dois-idosos-de-asilo-em-sc-estao-entre-os-mortos-por-coronavirus-especialistas-dao-orientacoes.ghtml>. Acesso em: 7 maio 2020.

³⁰ <https://g1.globo.com/es/espírito-santo/noticia/2020/04/14/casa-de-reposou-em-vitoria-com-mais-de-20-casos-de-coronavirus-registra-quinta-morte.ghtml>. Acesso em: 7 maio 2020.

³¹ CONTAMINAÇÃO DE IDOSOS QUE VIVEM EM ASILOS PREOCUPA. Combate ao Coronavírus, Rio de Janeiro: Rede Globo, 19 de maio de 2020. Programa de TV. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/8563499/programa/>. Acesso em 21 maio 2020.

³² <https://www.metro1.com.br/noticias/bahia/91525,ipiau-confirma-surto-de-covid-19-em-abrigo-de-idosos-e-40-sao-infectados>. Acesso em: 7 maio 2020.

Secretaria de Saúde do município anunciou que 1 residente foi a óbito, 1 permanecia internado e 53 residentes que testaram positivo retornaram para a ILPI³³. Dessa forma, até 20 de maio de 2020, foi noticiado o óbito de 59 residentes de ILPIs no Brasil.

Verifica-se, no entanto, que a situação das ILPIs no que se refere à COVID-19 não está tendo visibilidade na mídia brasileira, haja vista que no Congresso Virtual da Universidade Federal da Bahia, a mesa intitulada “Envelhecimento e Saúde em Tempos de Pandemia”³⁴ uma das componentes da mesa, a fisioterapeuta Diana Noronha informou que compõe a Comissão Intersectorial de Acompanhamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos em tempos de pandemia por COVID-19 na Bahia, na oportunidade discorreu sobre a dificuldade de mapear as ILPIs na Bahia pelos mesmos motivos elencados no mapeamento realizado para este trabalho de pesquisa.

Informou que a Comissão identificou 186 ILPIs, que contam com 4.761 residentes. Das instituições identificadas, a Comissão está monitorando 23 ILPIs (744 residentes), através de contatos telefônicos a cada 72 horas para acompanhamento do estado de saúde dos residentes. Informou que até a data do evento (25 de maio de 2020), foram confirmados 192 casos de COVID-19, com 54 óbitos de residentes de ILPIs, representando 12% dos óbitos ocorridos na Bahia até aquela data.

Diante do quadro de pandemia e fragilidade das residentes de ILPIs, vários profissionais da área, com o apoio da SBGG formou a Frente de Fortalecimento das ILPIs propondo estratégias de enfrentamento à pandemia apresentando ações de cuidados integrais, prevenção do contágio, detecção precoce dos casos, cuidados aos infectados e boas práticas em ILPI, além de propor ações governamentais para fortalecimento das instituições³⁵.

Fica assim evidenciada a importância do Plano de Atenção à Saúde, documento no qual deve prever a proteção, prevenção e promoção da saúde; indicar os recursos de saúde disponíveis em todos os níveis de atenção e para cada residente.

A situação revela ainda que as ILPIs, da forma como estão estruturadas, são ambientes propícios à disseminação de doenças infectocontagiosas e que o monitoramento sistemático do quadro de saúde dos residentes é de vital importância

³³ <https://www.giroemipiau1.com.br/2020/05/19/53-idosos-de-abrigo-em-ipiau-estao-recuperados-da-covid-19-diz-secretaria-de-saude/>. Acesso em 21 maio 2020.

³⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=E0obQEMgCe8&feature=youtu.be>. Acesso em 26 maio 2020.

³⁵ <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Relat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em 21 maio 2020.

para que medidas de não proliferação de vírus e bactérias sejam adotadas desde a detecção dos primeiros sinais.

Mesmo não sendo as únicas afetadas pelo coronavírus, é consenso que as pessoas idosas estão mais suscetíveis às complicações decorrentes da doença. Sabendo também que a propagação do vírus se dá de forma muito rápida e pelo contato entre as pessoas, as instituições de longa permanência se constituem em espaço no qual a propagação da doença certamente pode acarretar muitos infectados e, por conseguinte, muitos óbitos.

A COVID-19 traz à tona o preconceito à pessoa idosa, pois há aqueles, a exemplo do presidente da República, Jair Bolsonaro (65 anos), que consideram que a doença afeta apenas os “velhinhos”, bastando afastá-los do convívio social para que estejam protegidos do vírus. Como “um dia todo mundo vai morrer”, no dizer do presidente, não se pode parar a economia de um país e do mundo para preservar e dar dignidade a quem muito já viveu e hoje não mais produz.

Esse discurso desconsidera que as pessoas idosas muito produziram e contribuíram para alavancar a economia capitalista. Não apenas por esse motivo, muito justo é que a sociedade brasileira grite pelo impeachment daquele que foi eleito para governar o país, para proteger vidas e criar condições de vida dignas para todas as pessoas, de todas as idades, mas que tem demonstrado total desprezo pelos trabalhadores e pelas pessoas idosas, não apresentando propostas para melhoria de vida da maior parte da população, ao contrário, conclamando repetidamente seus seguidores a não cumprir o isolamento social recomendado pelos organismos de saúde.

As medidas de prevenção devem ser rigorosamente cumpridas para que não se cometam os mesmos erros da Itália (onde morreram quase 7.000 idosos em instituições de todo o país)³⁶, Espanha (onde corpos foram abandonados em casas de repouso)³⁷ e Canadá (onde corpos também foram abandonados em uma casa de repouso)³⁸.

³⁶ Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/04/italia-investiga-milhares-de-mortes-de-idosos-em-asilos.shtml>. Acesso em 26 abr. de 2020.

³⁷ Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/bbc/2020/03/24/coronavirus-idosos-abandonados-sao-encontrados-mortos-em-asilos.htm>. Acesso em 26 abr. de 2020.

³⁸ Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/afp/2020/04/18/morte-em-massa-por-covid-19-de-idosos-abandonados-em-asilo-choca-o-canada.htm>. Acesso em 26 abr. de 2020.

A Comissão Intersetorial de Acompanhamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos em tempos de pandemia por COVID-19 publicou em julho de 2020 o Boletim Informativo das ações realizadas até o dia 12 de junho de 2020.

Segundo a Comissão, a partir das informações fornecidas pela Vigilância Sanitária estadual, Ministério Público, gestores de saúde e da assistência social, e registro do CADSUAS, a Comissão mapeou até o dia 12 de junho de 2020, 193 ILPIs. Foram identificadas a existência de ILPIs em 79 dos 417 municípios da Bahia. Do total de ILPIs mapeadas, 72 estão localizadas em Salvador.

Tabela 7 – Distribuição de ILPIs por Macrorregião de Saúde

Distribuição de ILPIs mapeadas por Macrorregião de Saúde no estado da Bahia, atualizada em 12.06. 2020.

Núcleo Regional de Saúde (Macrorregião)	Nº municípios com ILPIs mapeadas	Nº ILPIs mapeadas	Nº ILPIs contactadas	Nº idosos residentes
CENTRO-LESTE	12	19	19	466
CENTRO-NORTE	5	5	5	134
EXTREMO-SUL	8	10	10	214
LESTE	14	106	103	2627
NORDESTE	3	10	10	228
NORTE	5	5	5	122
OESTE	5	5	5	93
SUDOESTE	14	18	18	506
SUL	13	15	15	603
Total	79	193	190	4993

Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia. Dados atualizados em 12.06.2020. Elaboração própria.

De acordo com a Comissão, as maiores dificuldades identificadas no monitoramento das ILPIs foram:

- Ausência ou insuficiência de EPIs para funcionários e idosos;
- Ausência ou insuficiência de materiais para higiene (álcool gel a 70%, álcool líquido a 70%, hipoclorito);
- Apoio insuficiente das secretarias municipais de saúde e de assistência social;
- Inadequação de espaços físicos na ILPI para medidas de distanciamento social entre idosos;
- Rotatividade de profissionais nas ILPI;
- Falta de conhecimento ou despreparo de profissionais atuantes em ILPIs sobre necessidades em saúde dos idosos institucionalizados;

- Dificuldade dos municípios em atenderem às orientações fornecidas, bem como às solicitações de apoio a testagem e investigação de casos sintomáticos;
- Recusa de algumas ILPIs em fornecer informações que subsidiem a tomada de decisões;
- Dificuldade de contatos telefônicos com responsáveis técnicos ou dirigentes das ILPIs monitoradas;
- Desatualização dos dados oficiais de cadastro das ILPI – CADSUAS;
- Dificuldade na articulação das políticas do SUS e SUAS para apoio às ILPI.

Em referência aos casos sintomáticos reportados à Comissão, o maior percentual está na região Leste. Os óbitos são apresentados como causados por problemas respiratórios, totalizou 64 óbitos. Sendo 55 na região Leste (54 em Salvador, 1 em Lauro de Freitas); 7 na região Sul (5 em Ilhéus, 2 em Ipiáú); 2 na região Nordeste (2 em Alagoinhas).

Tabela 8 – Situação dos casos sintomáticos por Macrorregião

Situação dos casos sintomáticos das ILPIs monitoradas por Macrorregião de Saúde da Bahia, atualizada em 12.06.2020.

Macrorregião	Nº de ILPI com casos sintomáticos reportados	Nº atual de idosos confirmados para Covid-19	Nº atual de idosos com suspeita de Covid-19	Nº atual de idosos com casos descartados	Nº atual de funcionários confirmados para Covid-19	Nº Óbitos idosos por problemas respiratórios
CENTRO-LESTE	9	15	14	61	7	0
CENTRO-NORTE	3	2	2	53	1	0
EXTREMO-SUL	6	0	13	6	1	0
LESTE	53	110	182	193	36	55
NORDESTE	6	65	11	0	4	2
NORTE	2	0	0	0	0	0
OESTE	2	0	0	1	0	0
SUDOESTE	5	10	0	0	0	0
SUL	10	1	148	79	24	7
Total	96	203	370	393	73	64

Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia. Dados atualizados em 12.06.2020. Elaboração própria.

Vivenciamos neste momento de enfrentamento da COVID-19 o ressurgimento do preconceito à velhice, quando a doença é minimizada por algumas pessoas por, supostamente, ter como vítimas fatais apenas pessoas idosas, pessoas acometidas de doenças preexistentes, como diabetes, hipertensão, doenças cardíacas (que acometem muitas pessoas idosas), e pessoas imunodeprimidas, que, nessa perspectiva, estariam próximas da morte, não merecendo, portanto, gastos e sacrifícios dos demais cidadãos. E assim, as medidas de isolamento social seriam desnecessárias e extremadas por trazerem prejuízos à economia. Quem assim pensa

acredita que somente as pessoas idosas deveriam ser confinadas, deixando-se os mais jovens circulando livremente. Desconsidera-se que um grande número de pessoas idosas reside com pessoas de várias gerações e mantém relações de amizade, vizinhança e negócios com pessoas de várias gerações também.

Alguns estudiosos, vêm utilizando o termo gerontocídio como representação do preconceito e desvalorização da vida das pessoas idosas. Na visão gerontocida, os recursos utilizados para preservação da vida das pessoas idosas seria um alto custo e não um investimento e respeito à vida humana. Na prática, tem sido constatada a inexistência de ações e cuidados diferenciados para pessoas idosas em geral e especialmente para as residentes de ILPIs, fica ainda mais evidenciada a invisibilidade dessas pessoas.

Vivenciar a COVID-19 neste ano de 2020 tem sido reavivar a necropolítica, conceito criado por Mbembe (2016) para definir a política do Estado que, com suas ações e omissões, estabelece quem pode e quem não pode continuar vivendo. Por essa perspectiva, por já ter vivido muitos anos e hoje representar “um peso” econômico para o país, a pessoa idosa já não mereceria continuar vivendo.

(IN) CONCLUSÕES

Muito longe de apresentar conclusões, apresento aqui reflexões sobre as formas de moradia não familiar e possíveis ações dos diversos sujeitos sociais e políticos visando a contribuir para qualificar a política de atendimento à pessoa idosa que necessita de moradia no município de Salvador.

Até iniciar esta pesquisa, pensava que residir em ILPI seria uma decisão que eu possivelmente precisaria tomar em um futuro não muito distante; ao finalizar, avalio que há outras possibilidades viáveis, que priorizam a manutenção da autonomia e a convivência comunitária.

O Estado, mesmo sendo um dos responsáveis pela garantia do bem-estar das pessoas idosas, na prática tem delegado essa atribuição à família e à sociedade. E no caso das residências de longa permanência, tem deixado esse serviço a cargo das instituições filantrópicas e principalmente da iniciativa privada.

Considero que as modalidades de moradia para pessoas idosas precisam ser ampliadas, especialmente no estado da Bahia, especialmente em Salvador, cidade com cerca de 439 mil pessoas idosas e que conta tão somente com a instituição de longa permanência como modelo de residência não familiar.

Considero que as pessoas idosas residentes em ILPIs, em sua grande maioria, não estão ali por livre escolha, mas por alguns fatores que levam à institucionalização:

- Ausência de Centro-Dia como modelo que propicia cuidados de saúde e privilegia a manutenção da convivência familiar;
- Ausência alternativas de residência em modelo não institucional;
- As pessoas idosas de baixa renda buscam a residência de longa permanência pela dificuldade de ter suas necessidades básicas atendidas, pois o valor percebido com o auxílio assistencial/baixa aposentadoria é insuficiente para arcar com os custos de alimentação, medicação, vestuário, energia elétrica, água, sem contar o custo do aluguel para quem não possui imóvel próprio;
- O medo ou a realidade da solidão é um fator que leva pessoas idosas a buscar a residência institucional;
- As pessoas idosas com melhor condição financeira “optam” pela residência de longa permanência pela ausência de quem lhe preste cuidados, por não possuir outro modelo de moradia na Bahia, ou por não poder arcar com o custo do cuidador profissional.

Considerando que, ao realizar pesquisa qualitativa, buscamos não apenas compreender a realidade, mas contribuir para melhoria das condições de vida dos envolvidos na pesquisa, a construção de conhecimento serve à reflexão sobre o fazer, possibilitando novas estratégias de atuação. Afinal, como bem observou Morin (2000, p. 9), “a estratégia é a arte de utilizar as informações que aparecem na ação, de integrá-las, de formular esquemas de ação, e de estar apto para reunir o máximo de certezas para enfrentar as incertezas”.

Considerando, ainda, minha experiência profissional e estudo do arcabouço teórico-metodológico sobre o tema, faço duas constatações:

1 - Em residências de longa permanência que realizam seu trabalho sem estar adequadas aos princípios reunidos no Estatuto do Idoso e na RDC 283/2005, os residentes estão mais propensos ao isolamento e à inatividade física e mental, o que os leva ao adoecimento e à piora da qualidade de vida. Por isso, não há risco em se afirmar que permanece o modelo asilar em boa parte dessas instituições;

2 - Ainda hoje existem instituições que prestam serviço pautado pela lógica da caridade, da benemerência, da homogeneização e infantilização da pessoa idosa; nelas se considera que, por estar numa instituição, a pessoa idosa não tem mais direito a voz, a escolhas, a uma vida, reproduzindo-se a visão que há décadas os organismos nacionais e internacionais, e movimentos em defesa dos direitos das pessoas idosas, têm buscado combater.

Dessa forma, investir na educação permanente dos dirigentes e profissionais que lidam com pessoas idosas nos diversos segmentos, especialmente nas instituições de longa permanência, é premente para que haja melhoria dos serviços prestados a essa parcela da população. Comprometo-me a fomentar a formação continuada para trabalhadores e dirigentes de ILPIs, de forma institucional, e, se isso não for possível, de forma individual, pautada pelo compromisso ético-político do assistente social.

É essencial que os órgãos responsáveis pela fiscalização das instituições de longa permanência em Salvador – Conselho Municipal do Idoso, Vigilância Sanitária e Ministério Público – intensifiquem as inspeções de forma a fazer cumprir os princípios contidos na legislação de defesa dos direitos da pessoa idosa. Pois, sem inspeção, as residências de longa permanência, da forma como estão hoje, se constituem em espaços de privação da liberdade de ir e vir, e de espera da morte.

Identifico que o maior desafio posto ao Conselho do Idoso (estadual e municipal) e ao Ministério Público seja o de fomentar políticas públicas para pessoas idosas nos municípios baianos, haja vista que, diante do crescimento do número de pessoas idosas no estado da Bahia, são poucos os programas e projetos governamentais e não governamentais voltados à qualidade de vida das pessoas idosas. Precisamos implantar, ou ampliar onde já existem, os centros de convivência, centros-dia, atendimento domiciliar, programas de qualidade de vida que atenderão a necessidades diferenciadas, formando uma rede de apoio às famílias, reduzindo o grau de dependência e necessidade de cuidados prolongados.

As instituições de longa permanência também devem oferecer esses serviços seja individualmente ou em parceria com o poder público. Além de oferecer atividades e serviços que deem vida e movimento ao viver em instituição; que propiciem integração entre os residentes, destes com as famílias e comunidade garantindo a convivência familiar e comunitária tão importantes para a saúde mental das pessoas idosas.

As velhices devem ser vistas de forma intersetorial, desta forma as ILPIs devem se articular com o Sistema Único de Saúde, Sistema Único de Assistência Social, educação, dentre outros, para que de fato possam cumprir os princípios e obrigações contidos no Estatuto do Idoso e Resolução 283/2005.

Desta forma, concluo que em sua maioria, a proteção social oferecida pelas instituições de longa permanência no município de Salvador não está pautada pelos documentos nacionais e internacionais de proteção à pessoa idosa, os quais privilegiam a vida ativa, autonomia, a independência e a intergeracionalidade. Portanto, o modelo asilar ainda é o modelo que prevalece nas ILPIs, o que reforça a importância dos agentes de fiscalização realizar ações conjuntas para melhoria do serviço oferecido no município.

Importante salientar que a saúde é um direito garantido pela Constituição Federal, um direito inalienável. São inegáveis os impactos da COVID-19 no sistema de saúde, mercado de trabalho e na economia como um todo. No entanto, não podemos sob nenhuma hipótese deixar que a crise econômica seja guinada a obstáculo à garantia da vida, devemos sem qualquer dúvida privilegiar a vida de todos os cidadãos, todas as vidas importam!

Por fim, as diversas formas de moradia descritas neste trabalho não significam negligência ou abandono familiar, mas se constituem alternativas que devem ser

colocadas à disposição para escolha da pessoa idosa e da sua família acerca da melhor forma de ter os cuidados e qualidade de vida garantidos.

REFERÊNCIAS

AGIER, Michel. **Antropologia da cidade**: lugares, situações, movimentos. Tradução Graça Índias Cordeiro. São Paulo: Terceiro Nome. 2011. p. 101-140.

ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina. **A Política Nacional do Idoso**: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.
Disponível em:
https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28693.
Acesso em 1º. dez. 2018.

ALMEIDA, Sílvio Luiz de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ARAÚJO, L. F. de; CARVALHO, V. Ângela M. de L. e. Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice. **Mneme - Revista de Humanidades**. V. 6, n. 13, p. 228-236. 14 jul. 2010. Disponível em: <https://www.periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/278>. Acesso em 31 out. 2019.

AZEVEDO, Thales. **As elites de cor**: um estudo de ascensão social. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1955. Disponível em:
<https://bdor.sibi.ufrj.br/bitstream/doc/483/1/282%20PDF%20-%20OCR%20-%20RED.pdf>.
Acesso em 10 de abr. 2020.

BAHIA. AGÊNCIA ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE ENERGIA, TRANSPORTES E COMUNICAÇÃO DA BAHIA. Resolução n. 13, de 26 de agosto de 2004. Aprova os procedimentos para a concessão dos benefícios da gratuidade e do desconto tarifários, da reserva de assentos e da prioridade de embarque e desembarque, para os idosos maiores de sessenta anos, no Serviço Público de Transporte Intermunicipal de Passageiros do Estado da Bahia. Disponível em:
<http://www.agerba.ba.gov.br/sites/default/files/documentos/2019-05/RES1304.pdf>. Acesso em 13 maio 2019.

BRASIL. Constituição (1934). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1934. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm. Acesso em 8 dez. 2018.

_____. Constituição (1937). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1937. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm. Acesso em 8 dez. 2018.

_____. Constituição (1946). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1946. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm. Acesso em 8 dez. 2018.

_____. Lei n. 4.121, de 27 de agosto de 1962. **Dispõe sobre a situação jurídica da mulher casada**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4121-27-agosto-1962-353846-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em 8 dez. 2018.

_____. Constituição (1967). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1967. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm. Acesso em 8 dez. 2018.

_____. Constituição (1969). **Emenda Constitucional n. 1**. Brasília, DF: Senado, 1969. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc_antecedente1988/emc01-69.htm. Acesso em 8 dez. 2018.

_____. Lei n. 6.179, de 11 de dezembro de 1974. **Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6179.htm. Acesso em 8 dez. 2018.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 810, de 22 de setembro de 1989. **Aprova normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1989/prt0810_22_09_1989.html. Acesso em 13 mar. 2020.

_____. Lei n. 8.212, de 24 de julho de 1991. **Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212compilado.htm. Acesso em 8 dez. 2018.

_____. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências**. (LOAS). Brasília, DF, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742compilado.htm> Acesso em: 30 jul. 2018.

_____. Lei n. 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 13 mar. 2020.

_____. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. **Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1948.htm. Acesso em 13 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez. 1999.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria n. 73, de 10 de maio de 2001. **Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, nas modalidades previstas na Política Nacional do Idoso, e aos desafios que o crescimento demográfico impõe ao país**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/marg/portar/2001/portaria-73-10-maio-2001-325960-norma-seas.html>. Acesso em 13 mar. 2020.

_____. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002** / Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmin Cunha; revisão técnica de Jurilza M.B. de Mendonça e Vitória Gois. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf> Acesso em: 30 jul. 2018.

_____. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Brasília/DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm> Acesso em: 30 jul. 2018.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 283, de 26 de setembro de 2005. **Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos.** Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-da-diretoria-colegiada-rdc-n-283-de-26-de-setembro-de-2005>. Acesso em 28 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html> Acesso em: 30 jul. 2018.

_____. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009. **Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.** Disponível em: http://sistemas.rj.def.br/publico/sarova.ashx/Portal/sarova/imagem-dpge/public/arq_pdf/cdedica/conanda/Resolucao_109.2009.pdf . Acesso em: 15 abr. 2020.

_____. Emenda Constitucional n. 103, de 12 de novembro de 2019. **Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias.** Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/emenda-constitucional-n-103-227649622>. Acesso em: 28 mar. 2020.

_____. Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13979.htm. Acesso em 28 mar. 2020.

_____. Portaria n. 356, de 11 de março de 2020. **Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).** Disponível: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>. Acesso em: 28 mar. 2020.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGGTES/ANVISA n. 5/2020 direcionada às ILPIs com orientações para prevenção e controle de infecções pelo COVID-19 Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-05-2020-gvims-ggtes-anvisa-orientacoes-para-a-prevencao-e-o-controle-de-infeccoes-pelo-novo-coronavirus-sars-cov-2-ilpi>. Acesso em: 28 mar 2020.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice.** Tradução Maria Helena Franco Martins. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.

BERQUÓ, Elza. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: DEBERT. Guita G.; NERI, Anita L. (orgs.). **Velhice e sociedade.** 2. ed. Campinas, SP: Papirus, 2004. p. 11-40. Coleção Vivacidade.

BERZINS, Marília Anselmo V. da Silva; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina. A Assistência Social na Política Nacional do Idoso. In: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina. **A Política Nacional do**

Idoso: Velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. p. 107-134. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28693. Acesso em 1 dez 2018.

BRITTO DA MOTTA, Alda. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JR., Carlos E. A. **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 37-50.

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade:** lembranças de velhos. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

CAMARANO, Ana Amélia. Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: Família ou Instituição de Longa Permanência? **Revista Sinais Sociais/Serviço Social do Comércio Departamento Nacional.** Vol. 3, n. 7 (maio/agosto) – Rio de Janeiro, 2008. p. 10-39. Disponível em: <http://www.sesc.com.br/wps/wcm/connect/4d2e81b4-674e-4f75-b4ab-a9d1ffd2ffb2/07.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=4d2e81b4-674e-4f75-b4ab-a9d1ffd2ffb2>. Acesso em 31 out. 2019.

_____. **Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos – Região Nordeste/** coordenação geral Ana Amélia Camarano – Brasília: IPEA; Presidência da República, 2008. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5585. Acesso em 13 mar 2020.

_____. Estatuto do Idoso: avanços com contradições. **Textos para Discussão 1840.** Rio de Janeiro: IPEA, junho de 2013. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=18608. Acesso em 13 mar 2020.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira Estudos População.** Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235, jan./jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>. Acesso em 13 mar. 2020.

CARNEIRO, Sueli. (2003). Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, p. 117-133, 2003. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/9948>. Acesso em 25 abr. 2020.

CHAIMOWICZ, Flávio. Colaboração de BARCELOS, Eulita Maria; MADUREIRA, Maria Dolores S.; RIBEIRO, Marco Túlio de. **Saúde do idoso.** 2. ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013. Disponível: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/saude-do-idoso-2edicao-revisada.pdf>. Acesso em 31 out. 2019.

CISNE, Mirla. **Gênero, divisão sexual do trabalho e Serviço Social.** 2. ed. São Paulo: Outras Expressões, 2015.

COUTO, Eduardo Camargos. O que fazer para concretizar a Política Nacional do Idoso? In: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina. **A Política Nacional do Idoso:** velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. p. 573-591. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28693. Acesso em 1 dez 2018.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice:** socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. 1. ed. 2. reimp. São Paulo: EdUSP; Fapesp, 2012.

DELGADO, Guilherme C.; CARDOSO JR., José Celso. O idoso e a previdência rural no Brasil: a experiência recente da universalização. **Texto para Discussão nº 688**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2834/1/td_0688.pdf. Acesso em: 1º de dez. 2018.

DELGADO, Josimara; VILLA FLOR, Cristiane S. Políticas sociais para idosos: algumas reflexões a partir do enfoque de gênero. **Mediações – Revista de Ciências Sociais**. Dossiê O final da vida no século XXI. 2012, v. 17, n. 2, p. 73-91, 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/14022/11833>. Acesso em 20 de jan. 2019.

DELL'ISOLA, Carmela; CAVALCANTI, Thaís Novaes. A proteção dos direitos dos idosos e a Corte Europeia de Direitos Humanos. In: RABINOVICH, Elaine Pedreira; MOREIRA, Lúcia Vaz de Campos; BRITO, Eliana Sales; FERREIRA, Marilaine Menezes (orgs.). **Envelhecimento e intergeracionalidade**: olhares interdisciplinares. Curitiba: CRV, 2019. Vol. 2. p. 253-266

DENES, G.; KOMATSU, B. K.; MENEZES-FILHO, N. Uma avaliação dos impactos macroeconômicos e sociais de programas de transferência de renda nos municípios brasileiros. **Policy Paper**, nº 21. agosto, 2016. Disponível em <https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2018/09/Avaliacao-Impactos-Macroeconomicos-SociaisTransferencia-Renda-Municipios-Brasileiros.pdf>. Acesso em 8 de dez. 2018.

DINIZ, Rodrigo. Categorias e pesquisa: algumas linhas introdutórias. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (et al.). **A História Oral na Pesquisa em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2019. p. 41-59.

DUARTE, Estela dos S.; SANTOS, Janary J. dos. A equipe multiprofissional no suporte ao cuidador do portador da doença de Alzheimer. **Revista Memorialidades**, n. 23, jan/jun., e n. 24, jul./dez. 2015, p. 89-112.

FABRÍCIO, Tamires Carolina Marques. Representações sociais de idosos/as usuários/as de ILPIs acerca dos fatores que afetam a qualidade do consumo coletivo de produtos e serviços. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Rural de Pernambuco. Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social – Recife, 2017

FALEIROS, Vicente de Paula. Infância e processo político no Brasil. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco (orgs.). **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 3. ed., São Paulo: Cortez, 2011. p. 33-96.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Cosmiatria genital**. Febrasgo Notícias, 24 de abr. 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/454-cosmiatria-genital>. Acesso em: abr. 2020.

FERRARI, Juliane F.; DALACORTE, Roberta R. Uso da escala de depressão geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Revista Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan/mar. 2007. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/1597/>. Acesso em 31 out. 2019.

FOWLER, Marcos Bittencourt. A constitucionalização da assistência social: contexto legislativo e tendências. In: BATTINI, Odária (org.). **Assistência Social**: constitucionalização, representações práticas. São Paulo: Veras, 1998. p. 63-132.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio**. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf. Acesso em: 13 mar. 2019.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1987.

GOLDFARB, Délia Catullo. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998. Disponível em: <http://www.redpsicogerontologia.net/xxfiles/Livro%20em%20PDF.pdf>. Acesso em 2 nov. 2019.

HARVEY, D. O direito à cidade. In: _____. **Cidades rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana**. São Paulo: Martins Fontes, 2014. p. 27-67.

ILC-BRASIL. CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL. **Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade**. 1ª edição. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-ILC-Brasil_web.pdf. Acesso em: 4 mai. 2020.

JACCOUD, Luciana; MESQUITA, Ana Cleusa; PAIVA, Andrea Barreto. O Benefício de Prestação Continuada na Reforma da Previdência: contribuições para o debate. **Texto para Discussão nº 2301**. Rio de Janeiro: IPEA, 2013. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29921. Acesso em 8 dez. 2018.

KALACHE, Alexandre. Respondendo à revolução da longevidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.02362012>. Acesso em 2 nov. 2019.

MAIO Iadya Gama. **Pessoa idosa dependente: políticas públicas de cuidados intermediários ao idoso no Brasil e a atuação do Ministério Público**. Curitiba: Juruá, 2016.

MANSO, Bruno Paes. Por dentro da engrenagem dos homicídios no Brasil. Disponível em: <https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/por-dentro-da-engrenagem-dos-homicidios-no-brasil.ghtml>. Acesso em 1º. dez 2019.

MARTINELLI, Maria Lúcia. História oral: exercício democrático da palavra. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (et al.). **A História Oral na pesquisa em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2019. p. 27-39.

MARTINELLI, Maria Lúcia (org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999. Série Núcleo de Pesquisa: 1.

MARTINELLI, Maria Lúcia; LIMA, Neusa Cavalcanti. Entrevista na História Oral: campo de mediações na intervenção e pesquisa. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (et al.). **A História Oral na pesquisa em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2019. p. 103-119.

MBEMBE, Achile. Necropolítica. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Artes Visuais – EBA**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. N. 32. Dezembro, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169>. Acesso em 30 abr. 2020.

MELEIRO, Maricelma Rita. A fiscalização das instituições de longa permanência e o

aumento da expectativa de vida da população idosa. In: CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Tendências em Direitos Fundamentais**: Possibilidades de Atuação do Ministério Público, volume 1. Brasília: CNMP, 2016. p. 83-97.

MINAYO, Maria Cecília S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, Maria Cecília S. (org.); DESLANDES, Sueli F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 61-70.

MIZAN, Margherita de Cassia. **O cuidador de idoso em ILPI**: uma relação humana e delicada. 1. ed. São Paulo: Portal Edições, 2019.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.

NERI, Anita Liberalesco; CACHIONI, Meire. Velhice bem-sucedida e educação. In: DEBERT. Guita G.; NERI, Anita L. (orgs.) **Velhice e sociedade**. 2. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2004. p. 113-140. Coleção Vivacidade.

NERI, Marcelo C.; SOARES, Wagner Lopes. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1845-1856, ago. 2007.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Medicalização da vida: reflexões sobre sua produção cultural. In: PITTA, Anna Maria F.; AMARANTE, Paulo; OLIVEIRA, Walter Ferreira de (orgs.). **Patologização e medicalização da vida**: epistemologia e política. 1. ed. São Paulo: Zagadoni, 2018, p. 11-15.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Princípios das Nações Unidas para o Idoso. Resolução n. 46, de 16 de dezembro de 1991. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/onuido.htm>. Acesso em 8 dez. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Número de pessoas idosas com necessidade de cuidados prolongados triplicará até 2050, alerta OPAS. 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6036:numero-de-pessoas-idosas-com-necessidade-de-cuidados-prolongados-triplicara-ate-2050-alerta-opas&Itemid=820. Acesso em 26 nov. 2019.

ORNELLAS, Maria de Lourdes S. **Entrevista**: a escuta revela. Salvador: EDUFBA, 2011. Série Métodos e Técnicas de Pesquisas: 1.

OXFAM. Tempo de cuidar: O trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade. Disponível em: <https://sinapse.gife.org.br/download/tempo-de-cuidar-o-trabalho-de-cuidado-nao-remunerado-e-mal-pago-e-a-crise-global-da-desigualdade>. Acesso em: 8 mar. 2020.

PEREIRA. Potyara A. P. Assistência Social e Cidadania. In: MARTINS, Carlos Estevam [et. al.]. **Mínimos sociais**: questões, conceitos e opções estratégicas. Brasília: MPAS/SAS; São Paulo: Fundap, 1999. p. 109-112.

SABOIA, J. Benefícios não-contributivos e combate à pobreza de idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 353-410.

SALVADOR é a capital brasileira onde mais cresce número de idosos. Disponível em: <https://www.bnews.com.br/noticias/principal/salvador/201385,salvador-e-a-capital-brasileira-onde-mais-cresce-numero-de-idosos.html>. Acesso em 20 mar. 2020.

SARTI, Cynthia. Feminismo no Brasil: uma trajetória particular. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 64, p.38-47, 1988. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/1182>. Acesso em 25 abr. 2020.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Desenvolvimento Social. **Guia de Orientações Técnicas Centro Dia do Idoso: “Centro Novo Dia”**. São Paulo: Secretaria de Desenvolvimento Social, 2014. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/658.pdf>. Acesso em 13 mar. 2020.

SIMÕES, Celso C. da Silva. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população**. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016. Disponível em <<https://biblioteca.ibge.gov.br/pt/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=298579>> Acesso em: 28 jul. 2018. >. Acesso em: 26 jul. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Recomendações para prevenção e controle de infecções pelo COVID-19 em instituições de longa permanência Disponível em: <https://sbgg.org.br/recomendacoes-para-prevencao-e-controle-de-infecoes-por-coronavirus-sars-cov-2-em-instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos-ilpis/>. Acesso em 28 mar. 2020.

SOUZA, Geruzia M. de A. **Proteção social ao idoso: conquista e desafios**. 2009. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania), Universidade Católica do Salvador.

TEIXEIRA, Solange Maria. O Envelhecimento e as reformas no sistema de seguridade social no Brasil Contemporâneo. **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 126-137, jan./jul. 2018. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/27635/17157>. Acesso em 22 fev. 2020.

TERTO, Celiza Maria Souto. **Mulheres idosas vítimas de violência intrafamiliar: uma investigação sociodemográfica e processual no Ministério Público do Estado da Bahia**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea – Salvador, 2017.

VEIGA, Márcia. **Legislação da União Europeia para o envelhecimento**. Disponível em: https://digitalisdsp.uc.pt/bitstream/10316.2/33990/1/DebataraEuropa11_artigo20.pdf?ln=pt-pt. Acesso em 19 abr. 2019.

VELLOSO, Cid. Medicalização da vida. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20380:medicalizacao-da-vida&catid=46:artigos&Itemid=18. Acesso em 31 out. 2019.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, jun. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000601929&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 1º. out. 2018.

XAVIER, Juarez T. de Paula. Racismo estrutural: produção industrial da destruição de corpos negros e não normatizáveis. In: FEFFERMANN, Suzana (et al.). Interfaces do Genocídio no Brasil: raça, gênero e classe. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018. (Temas em Saúde Coletiva 25). Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/temassaudecoletiva25.pdf>. Acesso em 21 abr. 2020.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; CRUZ, Murilo Galvão Amancio. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface (Botucatu)** [online], v. 22, n. 66, p.721-731, Epub May 21, 2018. ISSN 1414-3283. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>. Acesso em 31 out. 2019.

APÊNDICE A
SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Salvador, 5 de maio de 2019

Ilmo(a). Sr. (a) - [nome do representante]
DD. Representante legal da ILPI - [nome da Instituição]

Vimos por meio desta solicitar a V. Sa. autorização para que a pesquisadora **Janary José dos Santos**, do curso de Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador (UCSAL), sob a orientação da Prof.^a Dr.^a *Julie Sarah Lourau Alves da Silva*, possa desenvolver a pesquisa intitulada **Estado, Família e Sociedade: Proteção Social nas Instituições de Longa Permanência para Idosos no Município de Salvador**, nessa instituição.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Julie Lourau Alves da Silva
Professora do Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Participante,

O senhor (a) está sendo convidado a participar, como voluntário, de uma pesquisa intitulada: **Estado, Família e Sociedade: Proteção Social nas Instituições de Longa Permanência para Idosos no Município de Salvador** que será desenvolvida pela pesquisadora Janary José dos Santos do curso de Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador (UCSAL).

Esta pesquisa tem como objetivo: Identificar as motivações para o ingresso dos idosos em Instituição de Longa Permanência para Idosos e suas percepções acerca da institucionalização após o seu ingresso.

Para a coleta de dados será realizada entrevista semi-estruturada com o (a) senhor (a). O roteiro compreenderá perguntas relacionadas ao seu perfil de idade, gênero, renda, e suas motivações e percepções acerca do acolhimento institucional e terá duração de aproximadamente 50 minutos.

Esta atividade não é obrigatória e, a qualquer momento, o (a) senhor (a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que haja qualquer penalização ou prejuízo para o (a) senhor (a) (Res. 466/12 CNS/MS).

Caso não se sinta à vontade com alguma questão da entrevista, o (a) senhor (a) poderá deixar de respondê-la, sem que isso implique qualquer prejuízo.

As informações fornecidas poderão, mais tarde, ser utilizadas para trabalhos científicos e que a sua identificação será mantida em sigilo, isto é, não haverá chance de seu nome ser identificado, assegurando-lhe completo anonimato.

Devido ao caráter confidencial, essas informações serão utilizadas apenas para os objetivos de estudo.

Sua participação não implica nenhum custo financeiro, mas caso tenha alguma despesa em decorrência desta entrevista, o (a) senhor (a) será ressarcido.

O estudo apresenta benefícios conforme o CNS RES 466/12 e 510/2016. Dessa forma, este estudo contribuirá para possível implantação e implementação das melhorias nos

serviços prestados pela Instituições de Longa Permanência para Idosos no município de Salvador.

O risco observado na pesquisa está no desconforto em responder as perguntas e pelo fato da mesma ser gravada e abordar questões referentes aos motivos que o levaram à institucionalização. Caso ocorra o desconforto, o (a) senhor (a) poderá imediatamente deixar a pesquisa, sendo encaminhado (a) para atendimento no serviço de Psicologia da instituição ou para profissional indicado pela pesquisadora.

Este documento contém duas vias, sendo que uma ficará com o (a) senhor (a) e a outra com a pesquisadora.

Em caso de dúvida ou outra necessidade de comunicação com a pesquisadora, poderá entrar em contato por meio do endereço/telefone:

Janary José dos Santos – Telefone: (071) 99964-6337.

Universidade Católica do Salvador – Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania

Av. Cardeal da Silva, 205 – Federação, Salvador – Bahia, CEP: 40.231-902. Comitê de Ética da UCSAL, tel. 3203-8913, para melhores esclarecimentos caso necessário.

Eu, _____ aceito, voluntariamente, o convite de participar deste estudo, estando ciente de que estou livre para, a qualquer momento, desistir de colaborar com a pesquisa, sem que isso acarrete qualquer prejuízo.

Salvador, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE C

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE GRAVAÇÃO DA ENTREVISTA

Eu _____,

RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do meu depoimento, AUTORIZO, através do presente termo, a pesquisadora Janary José dos Santos, do projeto **Estado, Família e Sociedade: Proteção Social nas Instituições de Longa Permanência para Idosos no Município de Salvador**, a realizar as gravações das entrevistas sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas GRAVAÇÕES para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides), em favor da pesquisadora do projeto acima especificado.

Salvador, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE D

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Codínome: _____

Idade: _____	Gênero: _____
Raça/Etnia: _____	Escolaridade: _____
Estado civil: _____	
Fonte de renda:	
<input type="checkbox"/> Aposentadoria	<input type="checkbox"/> Pensão
<input type="checkbox"/> Benefício assistencial	<input type="checkbox"/> Auxílio financeiro de familiares
<input type="checkbox"/> Não possui renda	
Exerceu atividade laborativa durante a idade produtiva?	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual _____	

Com quem residia antes de residir em ILPI?		
<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Neto/bisneto
<input type="checkbox"/> Irmãos	<input type="checkbox"/> Outros _____	
Quais familiares possui?		
<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Neto/bisneto
<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Irmãos
<input type="checkbox"/> Sobrinhos	<input type="checkbox"/> Não possui familiares	
<input type="checkbox"/> Outros _____		
Recebe visitas?		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Quem visita? _____		

Esta é a primeira ILPI em que reside? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Há quanto tempo reside na ILPI?	
<input type="checkbox"/> Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 1 a 3 anos
<input type="checkbox"/> 4 a 6 anos	<input type="checkbox"/> Mais de 7 anos - Tempo _____

1. Como era sua vida antes de residir em ILPI?
2. Quais motivos a/o levaram a residir em uma ILPI?
3. Quais foram as suas expectativas quando veio residir na ILPI?
4. A ILPI tem atendido às suas expectativas?
5. Como considera que deve ser uma ILPI?
6. Quais as maiores dificuldades de residir em ILPI?
7. Se tivesse que tomar a decisão de residir em ILPI hoje, tomaria a mesma decisão?

APÊNDICE E

MAPEAMENTO ILPIs – SALVADOR/BA

DISTRITO SANITÁRIO ITAPUÃ		
1	LAR HOTEL PARA A TERCEIRA IDADE	SÃO CRISTÓVÃO
2	DOCE LAR DA 3ª IDADE	PIATÃ
3	CASA FONTE DE ÁGUAS VIVAS	PIATÃ
4	RECANTO BEM VIVER	JARDIM PLACAFOR
5	AMOS CASA DE REPOUSO	PIATÃ
6	LAR VIDA FELIZ	ITAPUÃ
7	LAR NOSSA SENHORA DAS CANDEIAS	ITAPUÃ
8	LAR MARIA JOSÉ GOMES	PIATÃ
9	LAR MARIA JOSÉ	PIATÃ
10	CASA DE REPOUSO FLOR DA IDADE	ITAPUÃ
11	ÁUREA RECANTO DA TERCEIRA IDADE	STELLA MARIS
12	ABRIGO DOM PEDRO II	PIATÃ
13	CASA DE REPOUSO HARMONIA	PIATÃ
14	LAR DAS ACÁCIAS	ITAPUÃ
15	VIDHEIRA RESIDÊNCIA DE IDOSOS	IPITANGA
16	ABRIGO RECANTO DE ITAPUÃ	ITAPUÃ
17	NOSSO LAR – CASA DE REPOUSO	PIATÃ
18	NOSSO LAR – CASA DE REPOUSO UNIDADE I	PIATÃ
19	CASA DE REPOUSO ARTE DE VIVER	PIATÃ
20	REDENTOR CASA DE REPOUSO	ITAPUÃ
21	RECANTO FELIZ DE ITAPUÃ	ITAPUÃ
22	LAR HOTEL PARA A TERCEIRA IDADE	PATAMARES
23	CASA DE REPOUSO DUAS IRMÃS	JD. DAS MARGARIDAS
24	CASA DE REPOUSO ALEGRIA DE VIVER	ALTO DO COQUEIRINHO
25	LAR DAS ROSAS	SÃO CRISTÓVÃO
26	LAR VIDA BETA OU LAR AURÍLIO	JAGUARIBE
DISTRITO SANITÁRIO ITAPAGIPE		
1	LAR ESPERANÇA DOS IDOSOS	BONFIM
2	ABRIGO SÃO FRANCISCO DE ASSIS	BONFIM
3	LAR IRMÃ MARIA LUIZA	CALÇADA
4	LAR IRMÃ MARIA LUIZA	MARES
5	LAR IRMÃ MARIA LUIZA	CAMINHO DE AREIA
6	LAR FREI LUCAS DE MORAES	BONFIM
7	ABRIGO VIDEIRA	BAIXA DO BONFIM
8	ABRIGO SÃO GABRIEL PARA IDOSOS DE DEUS/AGID	BOA VIAGEM
DISTRITO SANITÁRIO CENTRO HISTÓRICO		
1	ABRIGO MARIANA MAGALHÃES	BARRIS
2	LAR SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA	BARBALHO
3	LAR SANTA BÁRBARA	LAPINHA
4	POUSADA SÃO JOSÉ MORADA PARA IDOSOS	SOLEDADE
5	LAR SANTO EXPEDITO	NAZARÉ
6	LAR FRANCISCANO SANTA IZABEL	SAÚDE

7	LAR SÊNIOR	MOURARIA
8	LAR SETE MARAVILHAS	DOIS DE JULHO
DISTRITO SANITÁRIO BARRA – RIO VERMELHO		
1	ABRIGO DA IGREJA SÃO JOSÉ DE AMARALINA	NORD. DE AMARALINA
2	LAR NOSSA SENHORA DA ASSUNÇÃO	PITUBA
3	CASA DE REPOUSO SANTA MARTA	PITUBA
4	SHALON RESIDÊNCIA P/ IDOSOS	PITUBA
5	CASA DE CECILIA – C. DE INTEGRAÇÃO PARA IDOSOS	PITUBA
6	EL SHADAI I	CAMINHO DAS ÁRVORES
7	EL SHADAI II	CAMINHO DAS ÁRVORES
8	OBRA ASSISTENCIAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	FAZENDA GARCIA
9	LAR LUZ E VIDA	RIO VERMELHO
DISTRITO SANITÁRIO BROTAS		
1	ABRIGO DO SALVADOR	BROTAS
2	CASA MONTE ALVERNE	BROTAS
3	CASA DE REPOUSO SANTA CLARA	BROTAS
4	LAR MARIA DE LURDES	MATATU DE BROTAS
5	LAR IRMÃO JOSÉ	MATATU DE BROTAS
DISTRITO SANITÁRIO SUBÚRBIO FERROVIÁRIO		
1	CENTRO DOURADO DE FRATERNIDADE	PARIPE
2	CASA DE REPOUSO BOM JESUS – PRAIA GRANDE	PRAIA GRANDE
3	CASA DE REPOUSO BOM JESUS – TUBARÃO	TUBARÃO
4	LAR RECANTO DOS IDOSOS	LOBATO
5	LAR DOS ANJOS	PARIPE
6	GAVS GRUPO ASSISTENCIAL VIDA E SAÚDE	BOA VISTA DO LOBATO
DISTRITO SANITÁRIO CAJAZEIRA		
1	CASA DE REPOUSO SAMAYRA	CAJAZEIRA 6
2	CASA DE REPOUSO LUNA	BOCA DA MATA
DISTRITO SANITÁRIO CABULA/BEIRU		
1	LAR IRMÃ LOURDES OU ABRIGO IRMÃ LOURDES	SUSSUARANA
2	LAR LUZ DO MUNDO DOS IDOSOS	ARRAIAL DO RETIRO
3	HOME ANGELS	NARANDIBA
DISTRITO SANITÁRIO PAU DA LIMA		
1	ASILO SÃO LÁZARO	E. VELHA DO AEROPORTO
DISTRITO SANITÁRIO LIBERDADE		
1	SAIMD	LIBERDADE
2	ASGAP	CIDADE NOVA
3	ROCHA STABLIA V.S.	LIBERDADE
4	ABRIGO CASA DA PAZ	FAZ. GRANDE DO RETIRO
DISTRITO SANITÁRIO BOCA DO RIO		
1	LAR DA VO ZEFINHA	STIEP
TOTAL DE ILPIs MAPEADAS		73

Fonte: Mapeamento realizado pela autora.

APÊNDICE F

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO ANTI-PLÁGIO

Eu, Janary José dos Santos, matrícula 200001400, estudante do curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador (UCSal), declaro que o trabalho em versão impressa e digital apresentado é componente da avaliação de mestrado, compondo-se de pesquisa original, ademais de confirmar que todas as citações e as referências, bem como uso de dados primários e secundários (quando existentes) estão corretamente identificadas. Tal procedimento indica autoria e responsabilidades para os devidos fins e efeitos, podendo ser incluído como prova junto à UCSal.

Declaro que o material é original, resultado da investigação realizada por mim e que a utilização de contribuições ou textos de autores alheios não identificados constitui uma grave falta ética e disciplinar, sendo informadas no Regimento Interno da Pós-Graduação dessa instituição.

Salvador, 29 de junho de 2020.



Assinatura

ANEXO 1

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Pesquisador: JANARY SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15158419.9.0000.5628

Instituição Proponente: Universidade Católica do Salvador

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.387.651

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado do Programa de pós-graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

O tema do estudo diz respeito ao processo de envelhecimento e a denominada proteção social através da inserção de pessoas idosas em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) como alternativa ao cuidado familiar. Nesse sentido, a autora do projeto se propõe investigar os motivos pelos quais as pessoas idosas e/ou suas famílias procuram esse tipo de instituição, bem como, as condições das mesmas para o atendimento das demandas desse público no que diz respeito à segurança, higiene e conforto.

Segundo a pesquisadora, a pesquisa será realizada através de entrevista semiestruturada com vinte pessoas idosas que estejam lúcidas e aceitem participar da entrevista, residentes nessas instituições de longa permanência e a partir das vivências dos Participantes do estudo, ela se propõe "identificar a representação social desses indivíduos quanto ao significado do residir em instituição, sobre o envelhecer; além de buscar elementos para ampliar discussão institucional para melhoria dos serviços prestados a partir da visão dos sujeitos residentes." Os locais da pesquisa serão as ILPIs localizadas nos seguintes Distritos sanitários: Itapuã, Brotas e Subúrbio Ferroviário. A análise dos dados será realizada através da Análise de Conteúdo de Bardin.

Endereço: PROFESSOR PINTO DE AGUIAR - 2589

Bairro: PITUACU **CEP:** 41.740-090

UF: BA **Município:** SALVADOR

Telefone: (71)3203-8913 **Fax:** (71)3203-8975 **E-mail:** cep@ucsal.br