

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA E O CUIDADO DE PESSOAS IDOSAS  
EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Autora: Stephanie Natalie Burille

Brasília, 2018

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA E O CUIDADO DE PESSOAS IDOSAS  
EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Autora: Stephanie Natalie Burille

Dissertação apresentada ao Departamento  
de Sociologia da Universidade de  
Brasília/UnB como parte dos requisitos  
para a obtenção do título de Mestre.

Brasília, junho de 2018

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA E O CUIDADO DE PESSOAS IDOSAS  
EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Autora: Stephanie Natalie Burille

Orientadora: Doutora Analía Soria Batista (UnB)

Banca: Prof. Doutora Berenice Alves de Melo Bento (UnB)  
Prof. Doutor Vicente de Paula Faleiros (UCB)  
Prof. Doutor Edson Silva de Farias (UnB) - Suplente

*À minha mãe, Celma*

*Ao meu pai, Milton*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço às instituições que permitiram a ampliação da minha formação acadêmica e o desenvolvimento desta dissertação de mestrado: À CAPES, pela concessão da bolsa de pesquisa. Ao Departamento de Sociologia da UnB, que oportunizou minha inserção no Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPG-SOL) e o contato com colegas, professores e profissionais de excelência.

À minha orientadora, Professora Dr<sup>a</sup>. Analía Soria Batista, que acompanhou meus passos na construção desta dissertação, indicando os erros e acertos inerentes às tecituras do saber científico.

À banca de defesa, Professora Dr<sup>a</sup> Berenice Alves de Melo Bento e Professor Dr. Vicente de Paula Faleiros, que contribuíram para o aprimoramento deste trabalho.

Aos idosos e cuidadores que conheci ao longo da pesquisa de campo na Instituição de Longa Permanência e que concederam tempo e disposição para as entrevistas e conversas informais. Aos profissionais da equipe de apoio, em especial Thiago e Leonardo, que reconheceram a importância deste estudo.

Aos colegas do curso, especialmente ao Samuel e Diana, com quem dividi conquistas e angústias da vida acadêmica, assim como alguns dilemas da vida pessoal que nos acometeram no percurso do mestrado.

Aos amigos que fiz ao longo de minha estadia em Brasília e que me acolheram com muito afeto. Reservo agradecimentos especiais à Taynara, que esteve ao meu lado em vários momentos de fragilidade emocional, mas também partilhando sorrisos e samba no pé! (sem contar os inúmeros cafés e as incontáveis horas na biblioteca). À Tamille, com seus conselhos e palavras de alento nas ocasiões mais oportunas. Agradeço imensamente a generosidade e disposição para a leitura atenta da dissertação. À Cecília, pela sabedoria e a arte de transformar as complexidades da vida em palavras simples. Vocês foram fundamentais nesta trajetória, tornaram palatável essa experiência, foram refúgio e equilíbrio.

Ao Sérgio, que assistiu todas as fases dessa jornada, sou grata pelos incansáveis momentos de troca intelectual e reflexões, conselhos acadêmicos e sugestões literárias. Companheiro de aventuras, essa dissertação carrega muitas de nossas inquietações e descobertas.

Agradeço imensamente aos meus tios Carlos e Nair, que me receberam em Brasília, dando todo o suporte necessário para que pudesse concluir esta etapa. Nossos domingos em família foram, muitas vezes, a pausa para o descanso e o fôlego para “continuar a remar”.

Por fim, agradeço aos meus pais, Celma e Milton, que me ensinaram a trilhar o caminho do conhecimento, da persistência e da coragem. Sem vocês essa realização não seria possível. Sempre presentes, apesar da distância, foram atentos e compreensivos, deram os melhores conselhos que eu poderia receber. Em vocês encontrei força e inspiração.

*Quando Buda ainda era o príncipe Sidharta, encerrado por ordem de seu pai em magnífico palácio, daí escapou várias vezes a fim de passear de carro pelos arredores. Encontrou logo da primeira vez um homem doente, desdentado, todo encarquilhado e encanecido, alquebrado, apoiando-se numa bengala, tartamudeante e trêmulo. Espantou-se e o cocheiro explicou-lhe o que vinha a ser um velho. E o príncipe exclamou: 'Que desgraça é não enxergarem a velhice os seres fracos e ignorantes, ébrios do orgulho da juventude! Voltemos depressa para casa. De que valem folguedos e alegria se a velhice vindoura já habita em mim!'*

Simone de Beauvoir

## RESUMO

O aumento da expectativa de vida dos brasileiros e as mudanças sociais ocorridas nos arranjos familiares nas últimas décadas têm influenciado diretamente nos usos do tempo destinado ao cuidado dos idosos. Por essa razão, as Instituições de Longa Permanência (ILPIs) têm sido a alternativa que muitas famílias encontram para inserirem seus idosos. Contudo, o investimento do poder público nestas instituições ainda é pouco expressivo. O objetivo do presente estudo é compreender de que forma as políticas de cuidado atendem as demandas de pessoas idosas em situação de dependência funcional no contexto das Instituições de Longa Permanência do Distrito Federal. A partir de uma prévia pesquisa bibliográfica e o levantamento das políticas públicas voltadas para as ILPIs, foram construídos os questionamentos propostos para a investigação. Realizou-se pesquisa de campo em uma ILPI de natureza filantrópica, entre os meses de setembro a novembro de 2017. Foram aplicadas 13 entrevistas semiestruturadas com diferentes sujeitos envolvidos com a política de cuidado, tanto no âmbito da gestão quanto do seu usufruto. Documentos e registros institucionais também contribuíram para a sistematização dos resultados. A proposta de análise foi organizada em dois eixos. No primeiro momento, foram identificados os trâmites de acesso à política, suas etapas e fluxos até o aporte nas instituições. Posteriormente, avaliou-se a concretude das políticas na dinâmica institucional, no trabalho dos cuidadores e nas interações entre os sujeitos protagonistas do cuidado. Esta análise perpassa a questão de gênero vinculada à divisão sexual do trabalho, à reprodução social, e ao processo de envelhecimento. O resultado do estudo revelou que a política de cuidado não tem sido suficiente no provimento de recursos repassados às ILPIs, dificultando, sobretudo, o acesso de pessoas com graus mais elevados de dependência. A dinâmica institucional, pautada no controle e vigilância dos corpos dependentes, é marcada por uma organização do trabalho do cuidado que reproduz uma visão homogênea do processo de envelhecimento dos idosos dependentes.

**Palavras-chave:** envelhecimento; dependência funcional; Instituições de Longa Permanência; gênero; políticas públicas.

## ABSTRACT

The increase in the life expectancy of Brazilians and the social changes that occurred in family arrangements in the last decades have directly influenced the use of time spent caring for the elderly. For this reason, Long-Term Care Institutions (LTCIs) have been the alternative that many families find to insert their elders. However, the investment of the public power in these institutions is still not very expressive. The objective of the present study is to understand how care policies meet the demands of elderly people in situations of functional dependence in the context of the Long Stay Institutions of the Federal District. From a previous bibliographical research and the survey of the public policies directed to the LTCIs, the proposed questions for the investigation were constructed. Field research was carried out in a philanthropic LTCI between September and November 2017. Twelve semi-structured interviews were applied with different subjects involved in the care policy, both in terms of management and their usufruct. Documents and institutional records also contributed to the systematization of results. The analysis proposal was organized in two axes. In the first moment, the procedures of access to the policy, its stages and flows to the contribution in the institutions were identified. Posteriorly, the concreteness of the policies in the institutional dynamics, in the work of the caregivers and in the interactions among the subjects protagonists of the care was evaluated. This analysis pervades the gender issue linked to the sexual division of labor, social reproduction, and the aging process. The result of the study revealed that the policy of care has not been enough to provide resources passed on to the LTCIs, hindering, above all, the access of people with higher degrees of dependency. The institutional dynamics are marked by an organization of care work that reproduces a homogeneous view of the aging process of the dependent elderly.

**Keywords:** aging; functional dependence; Long-Term Care Institutions; gender; public policy.

## LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVD's	Atividades da Vida Diária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCI's	Centros de Convivência do Idoso
CDI-DF	Conselho dos Direitos do Idoso do Distrito Federal
CEASA	Centrais de Abastecimento do Distrito Federal S/A
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
CNMP	Conselho Nacional do Ministério Público
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DF	Distrito Federal
EPI's	Equipamentos de Proteção Individual
IBGE	Instituto Brasileiro de geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LGBT's	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDH	Ministério dos Direitos Humanos
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MP	Ministério Público
NOB	Norma Operacional Básica
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
PAEFI	Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAS	Política Nacional de Assistência Social

PNI	Política Nacional do Idoso
PNS	Política Nacional de Saúde
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PSB	Proteção Social Básica
PSE	Proteção Social Especial
RA	Região Administrativa
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SEAS	Secretaria de Estado de Assistência Social
SEDH	Secretaria Especial dos Direitos Humanos
SEDESTMIDH	Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos.
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso
UNISUAS	Central de Vagas de Acolhimento e Atendimento Emergencial
VISA	Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 ENVELHECIMENTO, CUIDADO E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	21
1.1 Envelhecimento e cuidado: quem assume a responsabilidade?.....	21
1.2 “Envelhecimentos”: a experiência heterogênea do envelhecer .....	27
1.3 A atuação do Estado e as políticas de cuidado .....	32
1.3.1 A tipificação conceitual dos modelos de Proteção Social .....	38
1.3.2 Os órgãos de Fiscalização das ILPIs .....	41
1.3.3 O Conselho dos Direitos do Idoso e o seu papel na implementação das Políticas Públicas.....	43
2 A POLÍTICA DE CUIDADO INSTITUCIONAL.....	47
2.1 O acesso à política de acolhimento institucional .....	47
3 A INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA E SEUS APARATOS ORGANIZACIONAIS .....	61
3.1 Dos “asilos” às “ILPIs”.....	61
3.2 Política e caridade: os alicerces de uma ILPI filantrópica.....	65
3.3 A infraestrutura física do “lar dos velhinhos”.....	70
3.4 Gestão organizacional da ILPI.....	73
3.5 O processo de acolhimento institucional .....	82
4 A DINÂMICA INSTITUCIONAL DO CUIDADO .....	88
4.1 Os protagonistas do cuidado institucional .....	89
4.2 A rotina de trabalho dos cuidadores.....	93
4.3 Dimensões pragmáticas e subjetivas do trabalho do cuidado.....	97
4.4 A materialização das políticas públicas na dinâmica institucional.....	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123
APÊNDICES .....	130
ANEXOS .....	144

## INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento repousa sobre duas dimensões. Por um lado, trata-se de um fenômeno natural e inerente ao corpo biológico e suas funções fisiológicas analisadas do ponto de vista da biologia e da materialidade orgânica. Ao mesmo tempo, versa sobre aspectos socioculturais presente nas dinâmicas do mundo social e, por isso, lança-se como objeto de estudo da sociologia. À luz da abordagem contemporânea dos estudos sociológicos, o envelhecimento avança no debate interdisciplinar dialogando com múltiplas áreas do conhecimento, a exemplo da saúde, economia, demografia, entre outras.

Os diversos e distintos processos de envelhecimento possíveis de serem vivenciados pelas pessoas idosas resultam das condições sociais, econômicas e culturais da sociedade na qual estão inseridos. Observar como os idosos atravessam este período da vida revela as aspirações da sociedade com relação aos direitos básicos, as liberdades fundamentais e a dignidade humana assegurados a sua população.

O envelhecimento populacional representa uma conquista da humanidade decorrente dos avanços sociais, científicos e tecnológicos. Uma tendência global direciona a dinâmica demográfica dos países para o decréscimo da população jovem e a expansão do grupo etário acima de 60 anos. Nas últimas décadas, os efeitos do “agrisalhamento”<sup>1</sup> das populações afetaram principalmente os países desenvolvidos, impulsionando a construção de alicerces para uma sociedade mais inclusiva e adequada para as pessoas idosas. Atualmente, países em desenvolvimento, tal como o Brasil, também encaram a expansão do fenômeno do envelhecimento consolidando suas bases normativas e institucionais, mas apesar dos avanços, são necessárias ações mais efetivas para a recepção da velhice longa (CAMARANO, 2010).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016) revela que houve aumento expressivo do percentual de idosos na composição populacional do país: um aumento de 9,8% em 2005 para 14,3% em 2015. E a expansão será contínua nas próximas décadas. Projeções divulgadas pelas Nações Unidas mostram que a proporção de pessoas idosas no Brasil deve duplicar no período de 24,3 anos, entre os anos de 2015 e 2039. Outra relevante constatação evidenciada por Camarano e Mello (2010) nas estatísticas

---

<sup>1</sup>Termo cunhado por Anthony Giddens (2005) referente ao intenso processo de envelhecimento populacional dos países desenvolvidos.

demográficas, foi a expansão da população “muito idosa”, ou seja, pessoas com 80 anos ou mais. Em 2010, esse subgrupo totalizava 14% da população idosa e 1,5% do total da população brasileira. A perspectiva demográfica estima que até 2040 os “muito idosos” serão parcela equivalente a um quarto da população idosa e a 7% da população brasileira.

O aumento da esperança de vida ao nascer também foi significativo. Em 1994, a expectativa de vida era de 68,1 anos. Entre 1994 e 2010, este indicador elevou 5,3 anos; já entre 2003 e 2010, o aumento foi de 2,1 anos. Em 2010, alcançou-se uma média de 73,4 anos (CAMARANO, 2013).

No Brasil, o envelhecimento populacional, caracterizado pelo aumento proporcional de idosos na população total, é decorrente do processo de transição demográfica e consequente queda das taxas de fecundidade e mortalidade. Até a década de 1940, o padrão demográfico manteve-se razoavelmente estável, condizente ao comportamento reprodutivo de formação de famílias numerosas, típicas das sociedades agrárias. A partir de 1960, a queda expressiva das taxas de fecundidade acelerou a transição demográfica gerando profundas modificações estruturais: reduções na taxa de crescimento populacional e alterações na estrutura etária, o crescimento mais lento do número de crianças e adolescentes, o aumento da população em idade ativa e de pessoas idosas. Dentre as causas ainda não totalmente esclarecidas que levaram à redução da mortalidade, vale salientar o impulso ao sistema de saúde pública, à previdência social, a infraestrutura urbana, a regulamentação do trabalho e os avanços da indústria químico-farmacêutica. Outro fator impactante da transição demográfica foi a mudança do comportamento reprodutivo derivada das transformações sociais engendradas pelos processos migratórios, processos de urbanização, de assalariamento, da inserção da mulher no mercado de trabalho e sua adesão aos métodos anticonceptivos, do consumo e elevação dos custos de reprodução familiar e social (IBGE, 2009).

Estas transformações criaram novas necessidades sociais e desafios a serem enfrentados. No Brasil, as demandas produzidas pelo envelhecimento somaram-se a outras demandas sociais básicas ainda não atendidas (CAMARANO, 2016), como por exemplo, as desigualdades sociais.

Neste estudo, pretende-se discutir como as políticas públicas de cuidado atendem as demandas de pessoas idosas em situação de dependência funcional residentes nas Instituições de Longa Permanência (ILPIs) do Distrito Federal. Buscou-se compreender o

papel do Estado na promoção do cuidado de homens e mulheres com idade acima de 60 anos, destituídos do amparo familiar e/ou em situação de vulnerabilidade física e social. A pesquisa combinou diferentes elementos metodológicos. Foi realizada observação participante em uma Instituição de Longa Permanência localizada no Distrito Federal, a aplicação de entrevistas semiestruturadas, a coleta de documentos e registros, e a utilização de dados secundários de pesquisas quantitativas.

O estudo resultou do amadurecimento do tema de pesquisa no decurso da graduação em Ciências Sociais, cursada na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), e posteriormente, a partir do aprimoramento teórico e metodológico obtido no mestrado em Sociologia na Universidade de Brasília (UnB). As pesquisas iniciadas na graduação foram fundamentais para consolidar um arcabouço teórico-conceitual alusivo à Sociologia do Envelhecimento e à Sociologia do Gênero.

A prioridade dos estudos produzidos nessa primeira fase da graduação esteve centrada na percepção de homens e mulheres idosos/as sobre seus corpos envelhecidos, concebendo as significações de gênero vinculadas a estas percepções. A análise comparativa entre idosos institucionalizados e idosos “ativos”, apontou o envelhecimento atrelado à ideia de perda das habilidades, decadência, a busca pela “qualidade de vida” e um padrão hegemônico representado a partir do corpo jovem que tende a marginalizar os corpos velhos, especialmente corpos “femininos”.

No mestrado, optou-se pela permanência nessa linha de pesquisa. Novas inquietações afloraram no tocante às questões do envelhecimento, dessa vez articuladas ao papel do Estado e os mecanismos de ação público-social no provisionamento do cuidado de pessoas idosas. Por isso, esta dissertação delimitou-se em analisar os arranjos e desdobramentos da política de proteção aos idosos em situação de dependência funcional residentes em uma ILPI. A categoria de gênero perpassa a análise no sentido de enunciar diferenças socialmente construídas e penetradas no processo do envelhecimento, na organização da reprodução social e na atividade do cuidado enquanto profissão exercida majoritariamente por mulheres. Segundo Scott (1995), a categoria de análise de gênero considera as “construções culturais” implicadas nos papéis sociais e simbolismos sexuais. O uso da categoria rejeita explicações biológicas para as formas de subordinação feminina. “Trata-se de uma forma de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e de mulheres.” (p. 75).

As ramificações teóricas sobre as quais transcorre a temática do envelhecimento são substancialmente multifacetadas, alçadas em diversas áreas do conhecimento e distintas instâncias sociais. O caráter dialógico e intercambiável pulula inúmeras perspectivas e visões sobre suas generalidades e especificidades.

Para esta pesquisa, a problemática foi construída a partir dos eixos teóricos vertentes da sociologia do envelhecimento, do gênero e das políticas públicas. Com base nesse conjunto de saberes que dialogam entre si, canalizou-se o olhar para a compreensão da realidade das pessoas idosas em situação de dependência funcional e acometidas pelas desigualdades sociais e econômicas. Esse segmento específico de idosos tem acesso deveras limitado a um cuidado integral e especializado. A opção para muitos tem sido a procura por ILPIs predispostas a receberem pessoas dependentes. A partir desse fio condutor, formulou-se a seguinte indagação sociológica: Em que medida as políticas públicas de cuidado para idosos em situação de dependência funcional têm sido implementadas nas Instituições de Longa Permanência do Distrito Federal? E como esta política é materializada na dinâmica dessas instituições?

O ponto de partida para solver a questão foi uma investigação bibliográfica prévia e o levantamento das políticas de cuidado de longa duração vigentes no Brasil, compatíveis às demandas dos idosos, especialmente idosos institucionalizados. Essa primeira etapa revelou que os principais avanços no sistema de proteção social brasileiro contemplam as políticas de geração de renda e as de cuidados de longa duração. Os idosos têm acesso aos benefícios cedidos pelo sistema de seguridade social, de caráter universal, cujas ações são destinadas a assegurar os direitos à previdência, à saúde e à assistência social (CAMARANO; MELLO, 2010). Porém, os cuidados de longa duração não tiveram semelhante êxito no avanço da proteção social. A legislação brasileira<sup>2</sup> explicita que o amparo ao idoso é dever da família, da sociedade e do Estado, porém, certifica a prioridade do cuidado como procedente da família. A atual política operante na promoção de cuidados e, de certa forma, externa à família, está incorporada na Política de Assistência Social, a qual assegura a Proteção Social Especial de Alta Complexidade, comprometida com o

---

<sup>2</sup> O enunciado do artigo 230 da CF/1988 dispõe que: “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 garantindo-lhes o direito à vida.”. Na sequência, o parágrafo 1º estabelece que: “Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares”.

acolhimento institucional de idosos em situação de vulnerabilidade, de risco pessoal e social, violência física ou psíquica.

Para desvelar a organização da política do cuidado disposta na Proteção Social de Alta Complexidade, foram estruturadas duas dimensões elementares. Primeiramente, a dimensão da política de cuidado na interrelação entre a União e os Estados/Distrito Federal, no sentido de assimilar o modo como estão alinhados para a sua gestão, implementação e monitoramento; o percurso burocrático para o acesso da política pelo usuário; e o fluxo da política e suas instâncias adjuntas.

Em segundo plano, encontra-se a dimensão institucional figurada na materialização das políticas de cuidado no âmbito das Instituições de Longa Permanência; a dinâmica institucional; a operacionalidade do trabalho do cuidado e das relações entre os sujeitos residentes e a equipe de profissionais.

A metodologia qualitativa empregada na pesquisa proporciona uma compreensão apurada sobre as relações sociais com base em elementos de crença, atitudes, valores e motivações dos sujeitos no contexto social específico (GASKELL, 2008). A observação participante em uma Instituição de Longa Permanência de natureza filantrópica foi estratégia metodológica para elucidar este universo, sua lógica de funcionamento e as particularidades das relações intrainstitucionais. E, além disso, para tornar evidente a materialização da política de cuidado no cotidiano dos idosos e dos cuidadores.

Para Burgess (2001), o método de observação participante atribui ao pesquisador o papel de participar enquanto simultaneamente observa o campo da pesquisa, desenvolvendo relações com informantes e minimizando possíveis interferências na situação social. O autor afirma ainda a necessidade de “misturar-se” ao ambiente estabelecendo relações de confiança, estratégia esta que presume maior liberdade de acesso a diversos espaços do local.

Nesta pesquisa, a observação participante foi caracterizada pelo desempenho do papel de voluntária. A designação partiu da própria equipe administrativa da instituição ao conceder à pesquisadora um crachá de identificação para que, assim, pudesse transitar no interior do estabelecimento sem maiores restrições. O critério de identificação é adotado pela administração para o controle e segurança dos funcionários, idosos e demais pessoas que circulam pela área.

Os voluntários assíduos assumem um papel importante de auxílio na instituição, tanto para determinadas atividades desempenhadas pelos cuidadores no dia-a-dia, quanto de auxílio e acompanhamento dos idosos. Embora o verdadeiro objetivo da pesquisadora fosse revelado aos funcionários e idosos, o crachá pressupôs em vários momentos a disposição em exercer atividades conferidas a esse “personagem” do voluntário. Colocar-se a serviço da instituição, favoreceu, sobretudo, a interação com os sujeitos da pesquisa e a geração de elos de confiança nos três grupos da dinâmica institucional: a chamada “equipe de apoio” (formada pelo psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional); os cuidadores/voluntários; e os residentes idosos. Os três grupos cooperam em conjunto para a efetivação do trabalho do cuidado.

A pesquisa de campo e as entrevistas na instituição foram realizadas nos meses de setembro a novembro de 2017, e prolongou-se até dezembro para finalização de entrevistas com os gestores públicos do Governo do Distrito Federal. As visitas *in loco* ocorriam geralmente três vezes por semana, nos períodos matutino ou vespertino, durante horários diários de visitação. O trabalho voluntário assumido em algumas situações incluía: ingestão de alimentos e líquidos aos idosos dependentes, a distribuição das refeições para idosos acamados, assistência no jogo do bingo às sextas-feiras, a cooperação em alguns eventos de comemoração à Semana do Idoso, a transferência de idosos de um cômodo a outro, companhia e conversação na área externa. Vale ressaltar que todas estas atividades são exercidas cotidianamente pelos cuidadores ou voluntários.

A experiência em campo permitiu abranger as noções sobre o trabalho do cuidado e os esforços acometidos na prática. A observação participante proporciona ao pesquisador maior amplitude e profundidade de informações, ferramentas para triangular diferentes impressões e observações evidenciadas no trabalho de campo (GASKEL, 2008, p. 72).

Foram realizadas 13 entrevistas semiestruturadas divididas em dois blocos: o primeiro bloco de entrevistas focalizou os sujeitos responsáveis pela gestão e fiscalização da Proteção Social Especial para posterior levantamento dos elementos e questões pertinentes à dimensão das políticas de cuidado. Os sujeitos entrevistados neste bloco foram: Entrevistada A – Gerente do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) de Ceilândia-DF; Entrevistada B – Gestora de Parcerias da Central de Vagas de Acolhimento e Atendimento Emergencial (UNISUAS) vinculada à Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos

Humanos (SEDESTMIDH); Entrevistado C – Presidente do Conselho dos Direitos do Idoso do Distrito Federal (CDI/DF).

O segundo bloco esteve centrado em informantes ligados à Instituição de Longa Permanência que conduziram a compreensão das ações desenvolvidas no ambiente, a gestão do trabalho, as relações sociais, os efeitos dos subsídios ofertados pelo Estado e a condução do trabalho voluntário concretizado a partir de iniciativas filantrópicas. Os entrevistados desse bloco integram o quadro de profissionais, voluntários e de residentes: Entrevistado D – Psicólogo da ILPI; Entrevistado E – Assistente social e coordenador da Equipe de Apoio da ILPI; Entrevistada F – Fisioterapeuta e coordenadora da turma de fisioterapia voluntária; Entrevistado G – Voluntário; Entrevistado H – Cuidador; Entrevistado I – Cuidador; Entrevistado J – Cuidadora; Entrevistada K – Cuidadora; Entrevistada L – Idosa residente; Entrevistado M – Idoso residente.

Para cada “segmento” de entrevistados foram aplicados roteiros específicos (Apêndice 1) que atendessem aos interesses da pesquisa em distintos aspectos. Assim, somou-se um total de nove roteiros direcionados aos seguintes participantes: 1) Gerente do CREAS; 2) Gestora da SEDESTMIDH; 3) Presidente do Conselho dos idosos; 4) Psicólogo; 5) Assistente social; 6) Fisioterapeuta; 7) Voluntário; 8) Cuidadores; 9) Idosos residentes. As entrevistas foram realizadas individualmente, autorizadas mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), registradas através de um aparelho gravador e na sequência, integralmente transcritas pela pesquisadora.

As entrevistas com os sujeitos do primeiro bloco foram previamente agendadas e realizadas em seus respectivos locais de trabalho. A entrevista com o presidente do Conselho dos Direitos do Idoso (CDI) foi providenciada pela assessoria do órgão e aplicada na sede do Conselho após uma reunião extraordinária sobre os registros das entidades e os pareceres da Comissão de Fiscalização. Atendendo ao convite para participação nesta reunião, tomou-se nota das atuais discussões, impasses e processos competentes ao CDI.

Os entrevistados servidores públicos e gestores da política de assistência social foram indicados pela assessoria da SEDESTMIDH responsável pelo encaminhamento aos representantes dos setores responsáveis pelo CREAS e pela UNISUAS.

Quanto às entrevistas do segundo bloco, a maioria foi efetuada na própria ILPI. O assistente social, o psicólogo e a fisioterapeuta dispuseram-se ao diálogo em seus postos de

trabalho. Para as entrevistas com os cuidadores e idosos, foi reservada uma sala especial garantindo maior privacidade, porém, alguns cuidadores sentiram-se ameaçados em conceder entrevista em local fechado durante o horário de expediente. A partir do relato de uma das cuidadoras entrevistadas, tomou-se conhecimento da reclamação da supervisora da equipe de enfermagem que desaprovou a concessão da entrevista durante o trabalho, advertindo a funcionária, embora estivesse ciente da legitimidade da pesquisa na instituição. Assim, algumas entrevistas foram realizadas fora do local de trabalho ou, por opção de alguns cuidadores, na sala de descanso dos funcionários do Bloco C, no horário pós-expediente. A seleção dos entrevistados da ILPI foi realizada no decorrer da pesquisa de campo, à medida que se criava empatia e relações de confiança com os sujeitos.

Na ILPI também foram coletados alguns registros importantes para a análise: informações pessoais dos idosos residentes; informações dos cuidadores dispostas no documento “Registro de Empregados”; um livro redigido pelo fundador e primeiro presidente da instituição; documentos sobre as condições de saúde dos idosos (Mapa Geral de Outubro 2017); a “Lista de idosos beneficiários” contendo a fonte de renda de cada residente; a lista da rotina diurna/noturna de trabalho dos cuidadores da ILPI. Todos os materiais foram fornecidos pela equipe de apoio e pela equipe de enfermagem e serviram como base para a compreensão da realidade do universo em foco e para uma cosmovisão ampla acerca da cultura institucional.

A pesquisa encontra-se estruturada em quatro capítulos. No primeiro deles, apresenta-se o arcabouço teórico-conceitual que embasa as escolhas teóricas adotadas como ferramenta analítica. Retrata-se também um panorama geral do envelhecimento no Brasil e no Distrito Federal e posteriormente, discorre-se acerca das políticas de cuidado já implementadas nacionalmente e direcionadas para as ILPIs. Aspectos da pesquisa de campo são apontados ao final da exposição teórica abrangendo questões referentes às políticas e às medidas de fiscalização das instituições.

O segundo capítulo reúne informações extraídas da análise de entrevistas com gestores envolvidos na Proteção Social Especial, responsáveis pela política de institucionalização direcionada às ILPIs conveniadas com o Governo do Distrito Federal. Esse capítulo esclarece o processo pelo qual a instância governamental dialoga e articula providências com as instituições, o repasse do recurso e a gestão de vagas disponíveis para as pessoas idosas.

O terceiro e o quarto capítulos abordam sobre a dimensão institucional. A partir da sistematização dos dados coletados na ILPI, são apresentados aspectos da gestão organizacional, a infraestrutura física da ILPI e elementos da filantropia e do voluntariado agregadas à natureza da instituição estudada. Também foi aprofundada uma análise sobre as relações sociais entre idosos e cuidadores, entendendo que estes são os protagonistas no exercício do cuidado, portanto, alvos da política pública no que corresponde à sua materialização no contexto institucional.

Embora incipientes, os estudos do envelhecimento retratados pela sociologia são de grande relevância na elucidação das transformações sociais das últimas décadas, pois incidem sobre as relações sociais, de família, de trabalho, de gênero, de classe e raça. Novas produções científicas têm contribuído para a expansão do debate sobre o envelhecimento no Brasil e seus efeitos sociais e econômicos. Cabe ressaltar que a pertinência do tema não se limita apenas ao fomento da pesquisa acadêmica, mas, sobretudo, estimula ações governamentais comprometidas com uma sociedade mais inclusiva aos seus idosos.

# 1 ENVELHECIMENTO, CUIDADO E POLÍTICAS PÚBLICAS

## 1.1 Envelhecimento e cuidado: quem assume a responsabilidade?

O Brasil tem se defrontado com a realidade do envelhecimento. É sabido que as transições demográficas impactam diretamente a esfera política e econômica ocasionando desdobramentos irreversíveis à sociedade. Os idosos representam uma parcela da população considerada inativa no mercado de trabalho, portanto, economicamente dependente. Por isso, tem sido cada vez mais urgente a criação de estratégias para subsidiar essa população, distribuindo recursos, formulando políticas públicas, aprimorando a proteção social. A garantia de segurança econômica e social por meio da criação de um sistema de aposentadoria, por exemplo, foi determinante para solucionar o impacto econômico gerado, até mesmo como medida de inclusão deste segmento no mercado de consumo.

Além da dependência econômica, a dependência de cuidados também se torna fator presente na realidade dos idosos, à medida que a idade avança. Certamente, pessoas idosas estão propensas a enfrentarem debilidades físicas e a desenvolverem doenças crônico-degenerativas que exigem atenção e cuidados especializados.

Convém notar que a ênfase na responsabilidade do cuidado recai sobre as famílias. Este preceito se difunde tanto culturalmente, quanto por intermédio da legislação brasileira. Como via de regra, a rede primária de suporte ao idoso deve permanecer no meio familiar. Mas o que tem sido observado é o recrudescimento da demanda por cuidados concomitante a oferta cada vez menor de familiares dispostos a exercerem essa função (CAMARANO; MELLO, 2010).

São muitos os desafios enfrentados por familiares de idosos portadores de doenças severas, dado o ínfimo suporte do Estado para viabilizar a efetivação desse cuidado domiciliar. As patologias prejudicam gradativamente o enfermo afetando sua independência e autonomia. O processo do cuidado implica desgastes físicos, emocionais e um alto custo financeiro, que, somado a deterioração da saúde do idoso, pode afetar profundamente a família a ponto de torná-la outra “vítima” da doença. A depender das estratégias de cuidado, não é incomum converter-se em tarefa penosa, culminando assim, no adoecimento do próprio familiar cuidador (BULLA; TSURUZONO, 2010).

No âmbito privado da família, a divisão sexual do trabalho orienta a distribuição dos afazeres domésticos e designam as atribuições da tarefa do cuidado. Margaret Mead (1969) sustenta que as atividades sociais são culturalmente determinadas com base nas diferenças sexuais, nas características socialmente construídas entre homens e mulheres conforme comportamentos e atitudes temperamentais reconhecidas como “naturalmente” masculinas e femininas. Nas sociedades ocidentais, o condicionamento adequado para o trabalho do cuidado está associado a uma postura e personalidade afetiva, emocional, dócil, maternal. Esses atributos consagrados como virtudes essencialmente femininas, imprescindíveis no arranjo do ambiente doméstico e na atenção aos dependentes de cuidados, imputa às mulheres o ofício da reprodução social.

É bastante documentado na literatura (CAMARANO; KANSO, 2010; CAMARANO; MELLO, 2010; BITENCOURT, 2014; ABRAMO, 2007) a histórica vinculação das mulheres a uma representação social pautada no cuidado, portanto delegadas a atender as necessidades básicas dos filhos, do marido e dos parentes idosos. As ditas “necessidades” são compreendidas por Fraser (2016) como atividades sócio-reprodutivas incorporadas no trabalho doméstico, na educação das crianças, nos cuidados afetivos. Por menor relevância aparente na organização da sociedade, estas atividades compõem fundamentalmente as raízes sistêmicas da estrutura e do ordenamento social.

No entanto, mudanças nos contratos tradicionais de gênero têm sido cruciais para a revisão desses ordenamentos estabelecidos. As mulheres, ao longo do século XX, romperam os limites da esfera doméstica e passaram a ocupar os bancos escolares, inseriram-se no mercado formal de trabalho, reduziram as taxas de fecundidade e hoje assumem o papel de provedoras em muitos lares. Junto a essa conquista, fruto do progressivo engajamento político feminista, a incumbência do trabalho do cuidado tornou-se um problema de caráter político e social, principalmente no que tange aos cuidados permanentes, sobretudo aqueles que envolvem questões de saúde e dependência funcional.

Cabe, pois, o questionamento: afinal, quem assume o cuidado dos idosos quando as famílias, sobretudo as mulheres, não dispõem de tempo suficiente para a realização do cuidado, principalmente quando os cuidados envolvem a dependência de pessoas idosas?

A prática social do cuidado, tradicionalmente restrita ao espaço privado, tem sido transferida para o espaço público ou estatal concretizando-se na execução direta da prestação dos serviços e na fiscalização e regulação da atividade do setor privado

(CAMARANO; PASINATO, 2004). Defronte o “problema” social suscitado pelo envelhecimento, o Estado tem, em certa medida, visualizado e demonstrado maior preocupação em providenciar alternativas de cuidado direcionadas a esta população através de mecanismos de proteção social. A formalização do trabalho do cuidado é encarada como medida para ampliação das estratégias de cuidados não familiares ou formais incluindo a participação do Estado e do mercado (CAMARANO; MELLO, 2010).

Todavia, não se pode colocar à margem da discussão o contexto neoliberal no qual o Brasil situa-se política e economicamente. Visualizam-se forças corrosivas que incidem sobre as medidas de proteção social e por outro lado, holofotes lançados sob a expansão das estruturas de mercado. Faleiros (2016) afirma que diante do capitalismo contemporâneo e da ótica neoliberal, o Estado, em articulação com o mercado, busca reduzir direitos e benefícios, acometendo todos os segmentos, inclusive o das pessoas idosas.

Convém notar que o espectro do neoliberalismo paira sobre o mundo ocidental no atual momento histórico. Segundo Nancy Fraser (2016), a sociedade capitalista avança no regime de produção social-reprodutiva-econômica movido pelo capitalismo financeiro globalizado. Esse regime caracteriza-se pela transferência da produção econômica para regiões com salários subvalorizados, o recrutamento de mulheres como força de trabalho remunerado e o desinvestimento estatal e empresarial do bem-estar social. Como resultado, o trabalho do cuidado no interior das famílias e das comunidades torna-se ainda mais inviável. Eminentemente, resiste uma organização dualizada de reprodução social: comodidade para aqueles que podem pagar pelo cuidado e privatizada para aqueles que não podem pagar. Ancorada nesta lógica, Fraser defende a tese de uma “crise do cuidado” no sentido amplo da reprodução social como efeito da dinâmica estrutural do sistema capitalista neoliberal financeirizado. Se por um lado as atividades sócio-reprodutivas não remuneradas permitem a efetivação do trabalho assalariado e a engrenagem do capitalismo, por outro, a acumulação capitalista desenfreada provoca instabilidade nos processos de reprodução social dos quais depende. A autora julga o fenômeno como uma inerente contradição social-reprodutiva do capitalismo, já constatada em outros períodos da história, porém através de roupagens institucionais distintas<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Fraser (2016) identifica outros dois regimes de produção social-reprodutiva-econômica na história do capitalismo: O primeiro ocorreu no regime do capitalismo liberal competitivo do século XIX, período que combinou a exploração industrial europeia e a expropriação colonial. Esta lógica deu forma ao imaginário

As fissuras expostas pela crise do cuidado estão imbricadas no interior do pensamento feminista latino-americano. Sonia Virreira (2010) evoca o debate da divisão sexual do trabalho como problema social urgente devido aos seguintes fatores:

Esto ocurre, sin lugar a dudas, debido a factores demográficos como la longevidad y la calidad de vida de hombres y mujeres, la transición demográfica que ocasiona que las mujeres pasen de cuidar niños a cuidar ancianos, las transformaciones familiares, las cadenas globales de cuidado en que la migración de las mujeres adquiere relevancia para las remesas y la subsistencia familiar y, por último, pero no por ello menos importante, porque las mujeres más o menos educadas quieren autonomía económica, tener ingresos propios y aprovechar el capital educativo obtenido (VIRREIRA, 2010, p. 27).

A autora argumenta que a crise do cuidado constitui sintoma da emancipação das mulheres. As conquistas sociais feministas alçadas nas últimas décadas afetam a organização política, cultural e os direitos sociais. Neste sentido, fulguram-se caminhos para a discussão do cuidado no campo das resoluções práticas: as políticas públicas. O Estado passou a ser questionado quanto ao seu papel de subsidiar direitos e condições sociais, serviços e recursos favoráveis à promoção da igualdade de gênero no que se refere à participação das mulheres na vida pública, no mercado de trabalho e no tempo destinado ao cuidado.

É importante considerar a concepção abraçada pela sociedade sobre o cuidado, uma vez que esta interfere significativamente no modo como são projetadas as articulações na arena das políticas públicas. Joan Tronto (2015) infere o caráter ético e democrático embutido no cuidado. A ação do cuidado pode ser ofertada a outrem, como também requerida por todos nós no cotidiano simples da vida, uma perspectiva dual criticada por Tronto, porém reveladora da conexão estabelecida com as relações de poder e com o aspecto político, pois reflete valores, leis, costumes e instituições da sociedade. Uma cidadania democrática inclusiva exige o reconhecimento do cuidado como um sistema contínuo de ações onde todos – jovens, velhos, enfermos, e outros – são permanentemente integrados. O que vigora, no entanto, é a percepção do cuidado pelo ponto de vista da democracia de mercado, onde o mercado do cuidado opera na ordem econômica neoliberal

---

burguês de domesticidade, direcionando a reprodução social como competência feminina no âmbito privado familiar; neste regime nasceu o ideal de “esferas separadas”. O segundo regime foi marcado pelo capitalismo gerenciado pelo Estado, no século XX, o qual internalizou a reprodução social através da provisão estatal e corporativa do bem-estar social, promovendo o ideal de “salário familiar”, porém poucas famílias tiveram acesso.

reforçando a lógica da responsabilidade individual. Se o recurso fundamental para o exercício do cuidado é o tempo, sabe-se que o tempo não está disponível igualmente para todos. Essa realidade sustenta uma hierarquia antidemocrática: enquanto os trabalhadores assalariados e menos remunerados estão sujeitos a alternativas limitadas para atender as necessidades de cuidado, os trabalhadores “profissionais” e melhor remunerados dispõem de recursos econômicos suficientes. Biroli (2015), ao defender posicionamento semelhante a respeito da relação entre cuidado e democracia, afirma que o cuidado privatizado e mercantilizado contribui para a reprodução de desigualdades e injustiças (p. 82).

Tronto (2007) propõe que o cuidado se habilite enquanto valor democrático e central nas sociedades organizadas em regimes democráticos. Para isso, é necessário primeiramente admitir-se a vulnerabilidade a qual todas as pessoas estão suscetíveis, romper com a ideia de “responsabilidade pessoal”, garantir acesso igualitário a bons cuidados e considerar a pluralidade cultural.

A dimensão mercadológica do cuidado foi corporificada no Brasil a partir dos anos 1990 com o crescimento de oferta de trabalho feminino e a demanda do serviço para idosos dependentes (GUIMARÃES, 2016). A recente reformulação da imagem do “cuidador” transformou-o em um novo ator político e, por efeito, alvo de ações e intervenções governamentais e legislativas para sua atuação (DEBERT; OLIVEIRA, 2015). A regulamentação da profissão de cuidador tem sido debatida no âmbito legal com base no Projeto de Lei nº 4.702, de 12 de novembro de 2012, em regime de tramitação no Congresso Nacional. Debert (2015) apura a situação paradoxal no debate sobre a profissão de cuidador de idosos constatando, por ora, que embora o objetivo do segmento seja a distinção das demais profissões e a definição dos limites da profissão contidos em projeto de lei específico, a atividade ainda se enquadra na categoria “trabalhador doméstico”, da qual é preciso o distanciamento, para assim, constituir-se um mercado de trabalho próprio.

A formalização do trabalho do cuidado é essencial para pensar a elaboração de inovadoras alternativas capazes de solucionar as demandas da população idosa. Nesta empreitada, o Estado e o mercado assumem parte da responsabilidade destinada às famílias. Pode-se alcançar a valorização do cuidador como profissional dotado de conhecimentos específicos sobre as atividades por ele desenvolvidas através de políticas públicas e de incentivos no aumento da oferta (CAMARANO, 2010). O Estado e o mercado privado são chamados a participarem mais ativamente na construção de

modalidades de serviços amplos e eficazes que possam substituir ou amenizar os desmedidos esforços das famílias no cuidado dos idosos (CAMARANO; MELLO, 2010).

O cuidado, na perspectiva do trabalho, ainda ocupa um lugar indefinido principalmente face à imprecisão de sua natureza, esta associada ao “sensível”, às relações afetivas do espaço privado. A atividade do cuidado, culturalmente marginalizada e inferiorizada, ganha o status de ocupação tipicamente feminina. Ao romper com as fronteiras da esfera doméstica e ser alocado ao formato de trabalho remunerado, o cuidado permanece sendo extensão do trabalho doméstico não remunerado, exercido prioritariamente por mulheres em condições trabalhistas precárias e mal remuneradas (BIROLI, 2015).

Para Kuchemann (2012) o cuidado não se resume a uma atividade condicionada apenas por questões humanitárias ou éticas. O exercício do cuidado requer competências e condições de saúde adequadas para aqueles que cuidam. É importante frisar que, com o avanço da idade, os idosos tendem a reduzir suas capacidades físicas e cognitivas e apresentar mudanças comportamentais que devem ser devidamente acompanhadas.

A valorização da profissão de cuidador representa um passo à frente na redução das desigualdades de gênero e uma concepção mais democrática do cuidado nas sociedades contemporâneas. O Estado enquanto agente formulador de políticas públicas deve entrar em cena e trilhar caminhos em direção a uma sociedade mais igualitária e democrática através de ações visionárias, tanto de cunho “familista”, proporcionando às famílias o apoio, competências e habilidades essenciais para a promoção do cuidado, quanto institucionalmente, dispondo alternativas de cuidado, ajustando estas políticas públicas às novas relações de gênero e aos diferentes arranjos familiares.

A sociedade, no seu sentido amplo, é chamada à responsabilidade do cuidado dos idosos. Não se trata de um olhar compartimentado entre família, Estado e mercado, mas sim de operacionalizar de modo equilibrado a interlocução entre estas três esferas para que interesses mercadológicos oriundos de tendências neoliberais não sejam sobrepostos ao interesse comum; ou que as famílias, em especial as mulheres, não sejam condenadas ao cuidado exclusivo de seus entes idosos, sem estrutura adequada para execução deste trabalho.

## 1.2 “Envelhecimentos”: a experiência heterogênea do envelhecer

Em diferentes períodos históricos o imaginário social do envelhecimento recebeu distintas associações. O envelhecer já esteve assimilado ao estágio da vida marcado pela degradação do corpo físico e social, da aquisição de doenças, da melancolia e da espera da morte; já em outros momentos, foi consagrado sinônimo de sabedoria e motivo de deferência dos mais jovens.

Ariès (2000) traça três representações sociais imbricadas ao imaginário social das pessoas em diferentes épocas e sociedades. Para as sociedades cristãs medievais, a velhice era uma espécie de retiro. O sujeito velho retirava-se da vida ativa e social e recolhia-se aos estudos, às artes e à devoção; outra representação predominante era do velho enfermo, desdentado e mal cheiroso. O segundo período corresponde ao século XVIII, no qual os velhos, convertidos em patriarcas face ao enaltecimento da família, estreitaram as relações entre avós e netos. Por último, o autor subdivide três gerações e suas mudanças distintas na representação do velho: a primeira geração, nascida entre 1830 e 1850, na qual o velho passa a assumir costumes diferentes e próprios da categoria, trata-se de um novo gênero de vida. Para a segunda geração dos nascidos entre 1880 e 1890 a velhice era algo a ser combatida e possivelmente superada, bastasse um empenho individual maior. A terceira geração, nascida entre 1910 e 1920, é a geração inventora da chamada “terceira idade” - categoria que ressignificou a velhice nos séculos XX e XXI -, contudo, o momento mais recente destacado por Ariès assiste a desvalorização da velhice. O autor justifica esse movimento como consequência da propulsão de conhecimentos produzidos e rapidamente esgotados; a propagação instantânea das informações é um fenômeno resultante dos avanços tecnológicos. Os velhos não desfrutam de uma superioridade promovida pelo acúmulo de sabedoria, pois seus conhecimentos são vistos como ultrapassados.

Para Beauvoir (1976), o desprestígio dos sujeitos velhos nas sociedades contemporâneas está ligado ao descrédito no trabalho. Os valores associados à juventude e perpetrados na sociedade capitalista concorrem com a desqualificação ocasionada pela idade. A juventude é o símbolo da produtividade, da força de trabalho, da capacidade plena de gerir os motores da economia. Por outro lado, a velhice destoa dos ideais de juventude. O sustento físico e econômico particular é transferido para aqueles que são capazes de provê-lo.

O avanço da idade é marcador biológico do corpo orgânico suscetível a desencadear alterações fisiológicas significativas: os cabelos e os pelos embranquecem, a pele enrugada, desidrata, perde a elasticidade, caem os dentes, ocorrem distúrbios na locomoção, no sistema circulatório, desequilibram-se os hormônios, decresce a força muscular, reduz a acuidade visual, auditiva e do paladar. Nos homens, a ereção torna-se mais lenta; e nas mulheres, a função reprodutora é interrompida precocemente (BEAUVOIR, 1976). As involuções orgânicas sofridas pelo corpo em sua fase senil podem manifestar distúrbios patológicos comprometedores do funcionamento físico do corpo.

Algumas alterações fisiológicas não estão circunscritas apenas na aparência corporal, mas causam efeitos devastadores à saúde afetando o desenvolvimento das atividades da vida diária dos idosos. Fatores socioeconômicos são relevantes para observar o perfil prevalente dos idosos acometidos por doenças crônicas e degenerativas, incapacidades, depressão e déficit cognitivo. Anita Neri (2010) observa que os idosos pobres, mulheres e pessoas com reduzido grau de escolaridade estão em desvantagem quanto às condições de saúde e bem-estar. O baixo suporte social destinado a estes grupos populacionais corroboram maior risco de vulnerabilidade física, psicológica ou social.

Fatores de classe, raça e gênero interferem a vivência particular dos sujeitos no condicionamento de modos e “estilos” de vida convergente com as condições materiais, econômicas, culturais. Estes marcadores sociais destacam-se, sobretudo, no processo de envelhecimento. Muitos idosos, diante de redes de apoio familiar fragilizadas, da situação de dependência e ausência de autonomia, veem-se desassistidos.

Conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, Soares (2012) mostra que grande parcela de brasileiros com idade superior aos 60 anos conta com o valor da aposentadoria como renda fixa, valor este contabilizado na soma de um salário mínimo. E mais, 42% dos idosos vivem com renda familiar de até um salário mínimo *per capita*, enquanto 11% pertencem às classes pobres da sociedade. Neste cálculo, destaca-se a predominância de mulheres em situação de pobreza dado a ênfase na baixa escolaridade, menor experiência profissional e a irrelevância econômica do trabalho reprodutivo. Segundo dados disponibilizados pela CODEPLAN (2012), na distribuição da população idosa por classe de rendimento nominal mensal no Distrito Federal, em 2010, verificou-se que 25,41% da população idosa recebe  $\frac{1}{2}$  a 1 salário mínimo; 11,81% do grupo etário recebe 1 a 2 salários mínimos; e 13,19% recebem 5 a 10 salários mínimos. Os

idosos sem rendimento, ou cuja renda é oriunda de benefícios sociais, corresponde a uma parcela expressiva de 16,52% da população. O pagamento do Benefício de Prestação Continuada (BPC) é destinado a 15,2% da população com 65 anos ou mais.

No que tangencia a questão racial no Brasil, a PNAD 2008 constatou a predominância de idosos de cor branca em relação à cor negra. Nos termos quantitativos verifica-se que 56% da população brasileira é branca, 42% é negra e 1,5% corresponde às demais etnias. Fatores de ordem social, político e econômico afetam profundamente a experiência do envelhecimento em grupos étnicos vulneráveis. É evidente a relação entre raça/cor e classe social ao observarmos que a violência urbana e a pobreza atingem a população negra em proporções vultosas. Logo, o acesso aos serviços de educação e saúde é obstáculo inegável, cujas consequências manifestam-se estatisticamente nas elevadas taxas de mortalidade e analfabetismo se comparadas à população branca (BANDEIRA; MELLO; PINHEIRO, 2010).

No Distrito Federal, em 2010, foram contabilizados 52,54% da população idosa (com 60 anos ou mais) declarada branca, 38,50% declarada parda, e 7,12% declarada preta. A população negra e idosa (preta e parda) soma, portanto, 45,62% da população idosa do Distrito Federal (CODEPLAN, 2012).

Paralelo a este cenário indicativo de reluzentes desigualdades, cabe salientar a assimetria enraizada na construção cultural do gênero. É díspar a experiência do envelhecimento entre homens e mulheres, corolário dos aspectos socioculturais vinculados aos papéis de gênero que reservam às mulheres um baixo poder socioeconômico se comparado aos homens. Porém, valores e convenções de gênero estimulam maior comprometimento das mulheres no cuidado e prevenção da saúde; em contraposição ao menor interesse masculino pelo acompanhamento médico ao longo da vida.

Dados estatísticos da PNAD 2015 mostram que, do total da população idosa brasileira, 56% é composta por mulheres, enquanto 44% por homens. Até 2010, as mulheres constituíam 57% da população idosa no Distrito Federal. Esse número se amplia ao observarmos a população de maior idade. No grupo etário de 80 anos ou mais, as mulheres ultrapassam os 60% da população (CODEPLAN, 2012). A predominância de mulheres entre a população idosa é um fenômeno conhecido como “feminização da velhice”, caracterizando vantajosa expectativa de vida em relação aos homens (BANDEIRA; MELLO; PINHEIRO, 2010).

A conquista de uma velhice prolongada não imprime às mulheres um privilégio justo. Enredadas em uma sociedade patriarcal, no transcorrer de suas trajetórias históricas, as mulheres deparam-se com fronteiras que dão ou não acesso a determinados espaços sociais. A inserção feminina no mundo do trabalho representa ainda um desafio não superado e que tende a repercutir em condições socioeconômicas de risco. A atribuição doméstica e maternal exclusiva às mulheres, por exemplo, pode impedir a sua participação no mercado formal de trabalho. Além disso, a desigualdade salarial as mantém reféns de baixos salários, sobretudo no período da aposentadoria. Na velhice, as mulheres estão mais propensas a ficarem viúvas e a desenvolverem doenças incapacitantes mais graves, recrudescendo as chances de tornarem-se dependentes de cuidados especiais. Nestas circunstâncias, exige-se, não raras vezes, estreito convívio com os familiares, sujeitando-se a relações conflituosas.

É preciso ponderar os diferentes substratos populacionais e variados aspectos sociais envolvidos no processo de envelhecimento que não devem ser minimizados ou reduzidos a uma experiência coletiva comum. É coerente, frente à heterogeneidade da velhice, que se possa considerar os diversos “envelhecimentos”, no sentido de destacar a pluralidade contida nesse termo. Britto da Motta (2013) refere-se à velhice como um fenômeno biossocial impossível de ater singularidades:

Claramente existem *velhices*, em formas que, mais além da localização etária “exata” no ciclo da vida, variam segundo as referidas características biológicas socialmente condicionadas, como o sexo/gênero, a raça/etnia e a própria posição social (BRITTO DA MOTTA, 2013, p. 16).

Oposto à hipótese defendida nos primeiros estudos da gerontologia que tratava a velhice como uma experiência homogênea e uma existência sem significado (DEBERT, 1994), a diversidade proeminente nos atuais estudos sobre o envelhecimento propaga uma noção mais aproximada da realidade dos idosos e mais sensível às diferenças.

Outra faceta das diferenças perpassa a relação entre envelhecimento e deficiência. Os autores Medeiros e Diniz (2004) atentam para o expressivo reconhecimento de pessoas que experimentam a deficiência em algum período da vida, incluindo a velhice. Para o modelo social de deficiência, ser uma pessoa deficiente resulta da combinação de limitações impostas ao corpo biológico e ao mesmo tempo de uma sociedade pouco inclusiva, desajustada à diversidade. Pessoas portadoras de lesões corporais são fadadas à

condição de deficiência em virtude da exclusão ao qual são submetidas. Fomentar esta discussão tem sido cada vez mais urgente e substancial na providência de políticas públicas. A deficiência acometida no envelhecimento é, em parte, consequência das desigualdades socioeconômicas vivenciadas ao longo da trajetória sócio-histórica individual e que se mantêm presentes. Em vista disso, é importante agregar esta percepção e incentivar as políticas públicas direcionadas à deficiência a ampliarem o público-alvo, sem restringi-las a um grupo seletivo de pessoas portadoras de lesões corporais.

O corpo deficiente e o corpo velho carregam marcas simbólicas, cujas reações de repulsa, espanto e compaixão geram resistência em integrá-los ao convívio comum, caracterizando, portanto, corpos marginalizados. Segundo Le Breton (2007), estes corpos transgridem normas da aparência física, padrões muito bem circunscritos que têm sua segurança de ordem simbólica ameaçada. O sujeito deficiente é estigmatizado e socialmente condenado à sua aparência corpórea:

Nossas sociedades ocidentais fazem da “deficiência” um estigma, quer dizer, um motivo sutil de avaliação negativa da pessoa. Fala-se então de “deficiente” como se em sua essência o homem fosse um ser “deficiente” ao invés de “ter” uma deficiência (LE BRETON, 2007, p. 73).

Essa percepção sobre a deficiência presume que tal experiência seja alusiva ao universo do inesperado (MEDEIROS; DINIZ, 2004). Se a sociedade contemporânea antevê a expansão da população idosa, certamente a deficiência se tornará mais ostensiva.

A deficiência no envelhecimento e outras doenças crônicas e degenerativas podem impedir funcionalidades básicas do corpo na prática das atividades comuns do cotidiano, ou as chamadas atividades da vida diária (AVD's), que incluem alimentar-se, tomar banho, ir ao banheiro, vestir-se, cuidar da higiene pessoal, entre outras tarefas de autocuidado.

A teoria de Marcel Mauss (2015) sobre as técnicas corporais evoca o corpo enquanto primeiro objeto técnico natural do homem, cujo uso prático é aplicado em atividades apreendidas no início e ao longo da vida: andar, nadar, dançar, correr, dormir, etc. Trata-se da “arte de utilizar o corpo humano” (p. 403), são apreendidas, cada qual do seu modo, na assimilação da série de movimentos compostas no ato executado. As técnicas são incorporadas e desenvolvidas com agilidade e destreza. Não obstante, ao envelhecer, as habilidades mais simples fenecem perante as impotências do corpo. Para colocar em ação as técnicas corporais, não basta apenas o corpo em si, mas instrumentos externos ou “dispositivos assistivos” que ajudam a compensar a perda das habilidades, movimentos e

gestualidades. Assim, o uso de cadeira de rodas, óculos, bengala, andador, aparelhos auditivos, entre outros materiais e instrumentos de uso restrito da área da saúde tais como sondas, cateteres e drenos, facilitam a execução de algumas técnicas, principalmente aquelas intrínsecas a própria existência humana.

A perda destas funcionalidades tão básicas, por um lado pode ser interpretada como movimento regresso do corpo, sua deterioração e finitude. Todavia, é possível compreendê-la como a readaptação das técnicas do corpo ou o aprendizado de novas atitudes corporais, posturas e hábitos assimilados consoante grau de dependência e as potencialidades físicas conservadas.

As transformações fisiológicas decorrentes da velhice exigem “reajustamentos” do corpo biológico em função da adequação de sua existência no contato com o mundo externo, na dinâmica entre corpo e sociedade. Em contrapartida, a sociedade deve reestruturar-se em favor da inserção dos sujeitos e seus corpos na organização social como um todo. Para tanto, a integração plena dos idosos requer uma rede de proteção social, a garantia de renda, de acesso à saúde pública, à infraestrutura urbana e habitação, e, sobretudo, a participação política destes sujeitos.

### **1.3 A atuação do Estado e as políticas de cuidado**

O agravamento dos estágios da deficiência e das doenças crônicas e degenerativas na velhice interfere progressivamente nas capacidades físicas e mentais dos idosos, tornando urgente a oferta de atenção, cuidados específicos e especializados, adequada infraestrutura de cuidados, suporte prático e emocional. É comum, portanto, a incidência da condição de dependência entre os idosos, principalmente entre os muito idosos, à medida que a idade avança e expõe o corpo à maior perda de funcionalidades. A tendência neste caso é o aumento da demanda por cuidados. “Cuidados de longa duração” é a categoria própria do cuidado voltado para os idosos já destituídos parcial ou totalmente de suas capacidades físicas necessárias no desempenho das Atividades da Vida Diária. Camarano e Mello (2010) definem os Cuidados de Longa Duração:

Em geral, significam cuidados não especializados tais como ajuda para as AVDs. Entre elas, cita-se tomar banho, usar o banheiro e se alimentar. Embora esses cuidados refiram-se a pessoas de todas as idades, cuidados de longa duração são, em geral, entendidos como destinados à população

idosa, dado ser este grupo o mais exposto a doenças crônicas que podem resultar em incapacidades físicas e/ou mentais. (CAMARANO, MELLO, 2010, p. 15).

Para Pasinato e Kornis (2009) os cuidados de longa duração são divididos em: cuidados institucionais, referentes ao encaminhamento dos idosos para as Instituições de Longa Permanência (ILPIs); cuidados formais intermediários, referentes aos centros-dia e hospitais-dia; cuidados domiciliares formais, estes prestados por enfermeiros, cuidadores formais e/ou acompanhantes; e cuidados informais, comumente realizados pelos próprios familiares.

Elevados níveis de dependência demandam especialidades técnicas de cuidados, e com isso, maiores investimentos da família. Algumas modalidades de cuidados de longa duração têm sido oferecidas pelo Estado e pelo mercado como alternativas para auxiliar os idosos no enfrentamento das doenças e deficiências. Todavia, o que se percebe é a acelerada corrida do mercado na conquista deste novo público consumidor formado por pessoas idosas que buscam serviços opcionais de cuidado e a promoção do bem-estar e da qualidade de vida. A iniciativa privada tem despertado esses consumidores, porém a custos elevados, de modo desproporcional e ancorado na lógica capitalista da reprodução de desigualdades, pois nem todos têm acesso a esses serviços.

A expansão do Estado de bem-estar social a partir dos anos 1970 produziu “tendências universalizantes” bem definidas. O sistema de previdência social caracterizou um movimento de homogeneização de benefícios e universalização dos direitos. No início, foi concedido apenas aos assalariados urbanos, mais tarde outras categorias profissionais foram incorporadas, até tornar-se um dos maiores sistemas previdenciários conhecidos (DRAIBE, 1990).

A partir do período de redemocratização, um sistema de proteção social mais sofisticado foi anexado à Constituição Federal de 1988, ao qual se atribuiu caráter universalista e de maior amplitude dos direitos sociais. A atuação do Estado com relação ao fenômeno do envelhecimento teve como ponto inicial a institucionalização do sistema de proteção social brasileiro consubstanciado na previdência social. Como afirma Draibe (1990), a previdência social oportunizou a correção das desigualdades sociais entre trabalhadores rurais e urbanos, e assegurou individualmente aos trabalhadores e idosos carentes e deficientes uma renda mensal equivalente ao salário mínimo financiado coletivamente pela sociedade.

Dentre as iniciativas estatais que corroboram a expansão dos direitos e benefícios sociais para a população idosa, há um empenho acentuado na geração de políticas de renda em detrimento das políticas de cuidado. Camarano e Mello afirmam:

Os benefícios de renda podem ser previdenciários, de caráter contributivo, e assistenciais, de natureza não-contributiva. Enquanto as fronteiras entre essas duas políticas são rigidamente definidas pela legislação, as existentes entre cuidados e saúde são tênues (CAMARANO; MELLO, 2010, p. 69).

A indefinição do campo legal das políticas de cuidado fragiliza a consolidação de novas propostas de políticas públicas que atendam o segmento de idosos, principalmente os muito idosos que necessitam de cuidados integrais.

O direcionamento das políticas com foco nos mecanismos de transferência de renda permite o acesso à aposentadoria, pensões por morte, benefícios de assistência social para idosos em vulnerabilidade. Mas, no referente aos cuidados de longa duração, indispensável a muitas pessoas idosas, poucos são os avanços obtidos. Nessa direção, o Estado tem priorizado os mecanismos de fiscalização das Instituições de Longa Permanência (CAMARANO; MELLO, 2010).

Além da fiscalização, pauta-se a edificação de equipamentos públicos e a ampliação de políticas disponibilizadas para os cuidados de longa duração, com foco nas ILPIs.

Um levantamento sobre as legislações federais na área dos direitos dos idosos suscitadas pela Constituição Federal de 1988 foi realizado por Pinto e Simson (2012) com objetivo de identificar as legislações direcionadas especificamente para as Instituições de Longa Permanência. Sumariamente, essas leis que apoiam e regulam o atendimento fornecido pelas ILPIs foram/são:

- Normas para Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e Outras Instituições Destinadas ao Atendimento ao Idoso<sup>4</sup>: estabelecida em 1989, foi a única regulamentação específica das ILPIs durante vários anos (PINTO; SIMSON, 2012). Essas normas definem padrões de organização administrativa, de funcionamento, da área física, das instalações e dos recursos humanos nas ILPIs.

---

<sup>4</sup> Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989, do Ministério da Saúde.

- Política Nacional de Saúde (PNS)<sup>5</sup>: lançada em 1990, dispõe sobre as condições para a promoção da saúde, a organização e funcionamento dos serviços de saúde. Mais tarde, legislações setoriais foram criadas com foco em grupos ou modalidades específicas de atenção à saúde, dentre elas, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (PINTO; SIMSON, 2012).
- Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)<sup>6</sup>: aprovada em 1993, prevê a proteção aos cidadãos idosos através do Benefício de Prestação Continuada (BPC), que concede um salário mínimo mensal para pessoas idosas e pessoas com deficiência desprovidas de recursos para seu sustento (PINTO; SIMSON, 2012). É relevante destacar o BPC como política resultante da universalização dos benefícios de seguridade que obteve grande impacto social. A política, direcionada às pessoas consideradas “incapacitadas”, de “baixa renda” e que residem com a família, garante o repasse do valor, independente de contribuírem para o sistema de seguridade social (MEDEIROS; NETO; GRANJA, 2009). É preciso atenção a essa política, pois, apesar de sua amplitude e efetividade, é possível estabelecer-se uma relação mercantil entre o beneficiário real e sua família. Dado a condição de fragilidade e dependência deste beneficiário, não raro ocorre o repasse do benefício ao grupo familiar (BILAC, 2014).
- Política Nacional do Idoso (PNI)<sup>7</sup>: aprovada em 1994, estabelece a adequação e ampliação de serviços à população idosa, igualmente fomenta a expansão e a capacitação de recursos humanos para lidar com esse segmento, além de outras medidas (CAMARANO, 2016). A PNI é regida pelos seguintes princípios:
  - I – a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
  - II – o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
  - III – o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

<sup>5</sup> Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

<sup>6</sup> Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

<sup>7</sup> Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.

IV – o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V – as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei (BRASIL, 1994).

No que concerne à questão institucional, foi somente a partir do artigo 3º Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, que a PNI passou a explicitar diretamente acerca da assistência na modalidade asilar: “ocorre no caso de inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da família” (BRASIL, 1996). Ainda segundo o Decreto, não se permite a permanência em instituições asilares aos idosos portadores de doenças que exijam assistência médica permanente ou assistência intensiva da equipe de enfermagem por motivos de risco a sua vida e a de terceiros. Outra competência anexada à PNI foi a criação do Conselho dos Direitos do Idoso, órgão de fiscalização do Estado regido pelas organizações da sociedade civil<sup>8</sup>.

- Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI):<sup>9</sup> Em vigor a partir de 1999, é integrada às ações do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui medidas de prevenção e promoção à saúde, foco na capacidade funcional e na participação popular (PINTO; SIMSON, 2012). Esta política assume objetivamente que a perda da capacidade funcional e a perda das habilidades físicas e mentais são os principais problemas enfrentados pelos idosos no processo de envelhecimento, bem como estabelece a implantação de política de atenção integral aos idosos em ILPIs (BRASIL, 1999).
- Portaria nº 2.854/2000: Expedida pela então Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS) do extinto Ministério da Previdência e Assistência Social, a portaria institui novas modalidades de atendimento prestadas aos idosos e somadas às instituições asilares: Residência com Família Acolhedora, Residência em Casa-Lar, Residência em República,

---

<sup>8</sup>Por organizações da sociedade civil entendem-se as entidades privadas sem fins lucrativos, sociedades cooperativas e as organizações religiosas dedicadas a atividades ou projetos de interesse público e de cunho social (BRASIL, 2015).

<sup>9</sup> Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 (atualizada).

Atendimento em Centro-Dia, Atendimento em Centros de Convivência e Atendimento Domiciliar.

- Estatuto do Idoso<sup>10</sup>: Sancionado em 2003, o Estatuto do Idoso visa regular os direitos das pessoas idosas em múltiplas esferas e dimensões e incorpora novos elementos e enfoques que abarcam medidas a favor do bem-estar dos idosos em longo prazo (CAMARANO, 2013). O documento faz menção às ILPIs no título IV sobre a Política de Atendimento ao Idoso, onde, no capítulo II são referidas as entidades governamentais e não governamentais de assistência ao idoso, especificando os princípios que devem ser seguidos pelos programas de institucionalização de longa permanência; o capítulo VI abrange a apuração de irregularidades em entidades de atendimento aos idosos. O Estatuto também estabelece a inscrição das entidades de assistência junto aos órgãos de fiscalização da ANVISA e do Conselho Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa.
- Política Nacional de Assistência Social (PNAS): Apresentada e aprovada em 2004 pela Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social, a PNAS é coordenada pela Secretaria Nacional de Assistência Social (SEAS), que institui o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), responsável pela operacionalização das ações de assistência social. Organizado a partir de uma rede de serviços, ações e benefícios sociais, o SUAS divide-se em Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) (PINTO; SIMSON, 2012). Mais adiante, no decorrer do texto, os modelos de Proteção Social serão retomados.
- Norma Operacional Básica (NOB 1/05): Criada em 2005, a NOB regulamenta o SUAS e articula a dinâmica das organizações e entidades ofertantes de serviços assistenciais (BRASIL, 2009). Foi a partir desta normatização que as ILPIs foram anexadas ao serviço de Proteção Social Especial de Alta Complexidade e direcionadas aos idosos em situação de dependência funcional e/ou idosos sem suporte familiar (PINTO; SIMSON, 2012).

---

<sup>10</sup> Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

- Resolução da Diretoria Colegiada nº 283 (RDC 283): Elaborada pela ANVISA em 2005, a RDC 283 assegura a prevenção e redução de riscos à saúde dos idosos residentes em ILPIs através do monitoramento e fiscalização destas instituições de natureza pública e privada. A partir dessa resolução também são estabelecidos padrões e critérios de funcionamento das ILPIs.

As autoras Pinto e Simson (2012) demonstraram através deste sumário de legislações federais relativas às ILPIs, o curso das mudanças acerca da institucionalização de idosos no Brasil. É importante frisar que tais mudanças refletem indiretamente a maior aceitação da institucionalização dos idosos por parte da sociedade, assim como a participação mais ativa do Estado no cuidado dos idosos dependentes. Os avanços na área legal e as conquistas sociais de caráter universal referente às pessoas idosas reforçam e incentivam a democratização do cuidado de maneira geral.

### **1.3.1 A tipificação conceitual dos modelos de Proteção Social**

O protagonismo da assistência social na provisão de direitos e na universalização dos acessos tem possibilitado a ampliação da Proteção Social, formador do tripé: Previdência Social, Saúde e Seguridade Social. A proteção social visa garantir segurança de sobrevivência (de rendimento e autonomia); de acolhida; de convívio ou vivência familiar (BRASIL, 2009, p. 32).

A partir das diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a Norma Operacional Básica (NOB/SUAS), junto à implantação do SUAS, a proteção social segmentou-se em dois eixos: Proteção Social Básica (PSB) e a Proteção Social Especial (PSE) (CAMARANO; MELLO, 2010).

A Proteção Social Básica opera com objetivo de prevenir situações de risco através do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. O público-alvo é a população em situação de vulnerabilidade social devido aos níveis de pobreza, privação de renda ou de serviços públicos, e/ou fragilização de vínculos familiares (BRASIL, 2005). Os serviços oferecidos pela PSB são: 1) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); 2) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; 3) Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Pessoas Idosas.

A Proteção Social Especial intervém por meio dos serviços de abrigamento para aqueles que não contam com a proteção e o cuidado de suas famílias. Destina-se a crianças, adolescentes, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua e idosos que tiveram seus direitos violados ou ameaçados na convivência familiar e vivem em situação de risco pessoal e social por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua, situação de trabalho infantil (BRASIL, 2005).

A Proteção Social Especial divide-se em duas modalidades: A Proteção Social Especial de Média Complexidade, cujos serviços oferecidos às famílias e indivíduos que tiveram seus direitos violados são basicamente: 1) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); 2) Serviço Especializado em Abordagem Social; 3) Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); 4) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; 5) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. A segunda modalidade é a Proteção Social Especial de Alta Complexidade, responsável pela proteção integral de pessoas em situação de risco. Esta modalidade oferece serviços que envolvem a institucionalização garantindo a estas pessoas o acesso à moradia, alimentação e cuidados necessários, são estes: 1) Serviço de Acolhimento Institucional; 2) Serviço de Acolhimento em República; 3) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; 4) Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências.

A PSE integra, portanto, as políticas de cuidado de longa duração, pois organiza ações governamentais, oferece serviços e atenção ao segmento de pessoas idosas requerentes de atendimento pontual no âmbito da assistência social. Os serviços de alta complexidade são, ainda, estendidos para as casas-lares, repúblicas, casas de passagem, albergues, famílias substitutas, famílias acolhedoras e o Atendimento Integral Institucional, sendo este último o foco do presente estudo.

O serviço de Atendimento Integral Institucional concerne às Instituições de Longa Permanência ou tradicionalmente chamadas de instituições “asilares”, e tem como prioridade o atendimento de pessoas com 60 anos ou mais em situação de vulnerabilidade. A Portaria SEAS nº 73/01, do então Ministério da Previdência e Assistência Social, define que os serviços disponibilizados nestas instituições competem às áreas social, psicológica,

de fisioterapia, de terapia ocupacional, de enfermagem, medicina, odontologia, entre outras. A residência dos idosos é caracterizada sob o regime de internato, devendo dispor de estrutura física equipada e um quadro de funcionários atuante nos cuidados de saúde, assistência, alimentação, higiene e lazer. As ILPIs também são conhecidas por outras denominações comuns, tais como abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica, ancianato.

O atendimento integral institucional conta com uma rede de parcerias articulada a outros órgãos públicos tais como Ministérios da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou congêneres, famílias, universidades, organizações não governamentais, voluntários, e outros (BRASIL, 2001).

As instituições são classificadas de acordo com suas modalidades e o tipo de atendimento integral oferecido: Modalidade I- instituição para idosos que cumprem as atividades da vida diária de modo independente, embora utilizem equipamentos de autoajuda. Modalidade II- para idosos dependentes e independentes que necessitam de cuidados especializados e acompanhamento de profissionais de saúde. Esta modalidade de instituição não inclui idosos com dependência física de alto nível e de doença mental incapacitante; Modalidade III- instituição voltada para idosos dependentes que demandam assistência total para a realização de, no mínimo, uma atividade da vida diária. Logo, esta modalidade exige uma equipe interdisciplinar de saúde (BRASIL, 2001). Vale ressaltar que essas modalidades são questionáveis na aplicação prática, pois à medida que o idoso adentra a instituição, os níveis de dependência tendem a evoluir com o avanço da idade, o que tornaria obrigatória a transição de uma instituição para outra em vista da modalidade apropriada. Assim, as instituições transitam entre as três modalidades, não necessariamente enquadrando-se a uma modalidade apenas.

Para cada modalidade institucional são determinados critérios relativos aos custos *per capita*, formas de manutenção, recursos humanos, equipamentos e instalações (dormitório, refeitório, enfermaria, lavanderia, fisioterapia, terapia ocupacional), projetos arquitetônicos e afins. Com base na Portaria SEAS nº 73/01 (BRASIL, 2001), as instituições devem seguir e adaptar rigorosamente as especificações dos materiais, do mobiliário, das medidas e o dimensionamento espacial, etc., para tornarem-se aptas à execução do atendimento.

A política de assistência social é financiada mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos municípios e das contribuições sociais. No referente às ILPIs, mantém-se o cofinanciamento entre o Estado e estas instituições, cujo repasse corresponde a um valor *per capita* mensal para instituições de natureza jurídica pública e filantrópica, conforme o número de idosos residentes atendidos.

No Distrito Federal a parceria com as ILPIs é firmada por intermédio da Secretaria de Estado do Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos (SEDESTMIDH) e está regimentada pela Lei nº 13.019/2014. O pacto é celebrado via chamamento público expedido pela administração pública distrital predisposta a selecionar organizações da sociedade civil, legalmente habilitadas ao cumprimento das normas específicas relativas à política pública em questão.

As normas e regulamentações dispostas na Portaria nº 38/2014 e Portaria nº 114/2016 devem ser categoricamente cumpridas sob o risco de o contrato sofrer impugnação e suspensão. A SEDESTMIDH é também responsável pela distribuição do recurso financeiro *per capita* favorecido às ILPIs conveniadas. O repasse é efetuado mensalmente e as entidades dependem da verba para a manutenção de suas atividades. O valor *per capita* condiz com as vagas ocupadas pelos idosos na ILPI, variando entre idosos dependentes e independentes conforme a referência disposta na Portaria nº 114/2016 da SEDESTMIDH (Anexo I), onde constam as categorias de serviços das instituições. Atualmente, o valor *per capita* repassado ao Serviço de Acolhimento Institucional para Idosos na categoria Abrigo Institucional (essa categoria inclui as ILPIs) contabilizam R\$ 1.932,49 por idoso independente, e R\$ 2.303,10 por idoso dependente.

### **1.3.2 Os órgãos de Fiscalização das ILPIs**

A fiscalização é um procedimento deveras recente na história das entidades de acolhimento de idosos. O caráter filantrópico e religioso dos antigos asilos eximia-os de maiores burocracias hoje concentradas nos atos normativos e regulatórios periodicamente analisados quanto aos seus cumprimentos. Os principais órgãos de fiscalização das ILPIs são o Ministério Público, a Vigilância Sanitária e os Conselhos de Idosos, todos eles com finalidade comum de avaliar e garantir aos idosos residentes dessas instituições que os seus direitos sejam plenamente assegurados.

Giacomin e Couto (2010) esclarecem de modo sucinto o papel destes órgãos reguladores. Segundo as autoras, o Ministério Público (MP) atua como “defensor da sociedade” nas esferas civil, criminal e política, na defesa de direitos e interesses da lei. Da fiscalização das entidades, compete ao MP avaliar os seguintes quesitos da ILPI: documentação da entidade, recebimento de verbas públicas, prestação de contas anuais, acessibilidade das suas dependências, condições do tratamento ofertado aos idosos, recursos humanos disponíveis, condições de habitação no que se refere à higiene, salubridade e segurança, repasse de verbas, entre outras exigências. Quando constatadas irregularidades, os instrumentos utilizados pelo MP são ação civil pública, notificações recomendatórias, medida de proteção, Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), e transações relativas a alimentos. O Ministério Público, quando acionado, poderá advertir, multar, recomendar afastamento provisório ou definitivo do dirigente, suspender ou encerrar atividades proibindo o atendimento aos idosos.

A Vigilância Sanitária (VISA) atua na prevenção e redução de riscos à saúde dos idosos que vivem em ILPIs públicas, filantrópicas ou privadas. O monitoramento dessas entidades é assegurado pela RDC nº 283, instrumento de orientação das normas e padrões de funcionamento das ILPIs. Tal documento estabelece critérios de organização, infraestrutura física, alimentação adequada, recursos humanos, processos operacionais, saúde, higiene, etc.; também dispõe a definição de dependência: “condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades da vida diária.” (ANVISA, 2005).

A inspeção sanitária tem impactado positivamente a qualidade do ambiente institucional bem como a prestação do serviço dos profissionais. Segundo Giacomin e Couto (2010), esses estabelecimentos apresentam em seus aspectos físicos, condições mais salubres e humanizadas, o que indica maior compromisso com a legislação. A qualidade do atendimento e do cuidado promovido pela equipe profissional também são requisitos avaliados pela fiscalização. A ANVISA é um órgão do Estado com poder de polícia e interdição, no entanto, raramente é acionada no primeiro momento da fiscalização.

Por fim, o Conselho de Idosos assume o papel de mediador na relação entre a sociedade e Estado, via expressão, representação e participação populares. Os conselhos realizam o cadastro das entidades com base em documentos como a ata de eleição da diretoria, estatuto, escritura, contrato social, Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ),

alvarás de funcionamento sanitário; atestado de antecedentes criminais dos dirigentes, o plano de trabalho anual, o relatório anual de atividades e o modelo de contrato da prestação de serviços. Quando identificadas falhas na averiguação da ILPI, o papel do Conselho de Idosos é comunicar e cobrar a correção da situação irregular. Caso o problema persista, o passo seguinte é acionar órgãos do Ministério Público, ANVISA, Defensoria Pública ou Delegacia de Polícia (GIACOMIN; COUTO, 2010).

### **1.3.3 O Conselho dos Direitos do Idoso e o seu papel na implementação das Políticas Públicas**

A década de 1970 e a luta pela redemocratização do país foram emblemáticas na mobilização de organizações populares que influenciaram políticas sociais do Estado Brasileiro. Dentre os efeitos positivos deste marco histórico, soma-se a Constituição Federal de 1988 e a proposição de ampliar e institucionalizar os espaços de democracia participativa (BORGES, 2009). A ênfase nos direitos sociais de minorias desprivilegiadas incentivou a criação de políticas públicas e reforçou o baluarte universalizante e democrático assentado na Constituição. Os conselhos dos idosos nasceram do processo de delimitação política vigente pós-redemocratização e representam uma conquista social com proposta de emancipação popular e enfrentamento de questões relativas ao envelhecimento em diversas esferas e segmentos na interlocução entre governo e sociedade civil.

Como mostram Debert e Oliveira (2013), os conselhos de direitos do idoso são formados por um colegiado de representantes do poder público e da sociedade civil que buscam dinamizar as reivindicações da pessoa idosa. É, pois, um espaço de articulação da representatividade da sociedade em sua diversidade, espaço de autonomia para deliberar e definir diretrizes de políticas sociais, e ainda, fiscalizar serviços e atendimentos de entidades de caráter público e privado. Os conselhos dividem-se em Conselho Nacional, Estaduais ou Distrital e Municipais. Para Demo (1990), a participação pode ser definida como “processo de conquista e construção organizada da emancipação social” (p. 133). O autor fragmenta os conceitos compostos nesta definição, e, sintetizando sua explanação, compreendemos que se trata de um fenômeno histórico fomentado pelos reais interessados, estes formadores de uma cidadania coletiva que focaliza o sujeito social no espaço histórico-estrutural das desigualdades sociais.

O Conselho dos Direitos do Idoso do Distrito Federal (CDI/DF), órgão de caráter paritário, consultivo e deliberativo, foi criado em 1991, e encontra-se vinculado à Secretaria de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulher, Igualdade Racial e Direitos Humanos (SEDESTMIDH). O órgão é composto por dezesseis membros e respectivos suplentes, sendo oito representantes governamentais (Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania; Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda; Secretaria de Estado de Fazenda; Secretaria de Estado de Saúde; Secretaria de Estado de Educação; Secretaria de Estado de Transportes; Secretaria de Estado de Segurança Pública; Centro de Assistência Judiciária do Distrito Federal); e oito representantes da sociedade civil (instituições de defesa de direitos do idoso; instituições de ensino superior com programa de atendimento ao idoso; associação de idosos; centro de convivência de idosos; Instituições de Longa Permanência; organizações de caráter técnico-científico com atuação na área do idoso) (BRASIL, 2011).

Durante a pesquisa de campo foi concedida a oportunidade de acompanhar uma reunião extraordinária do CDI/DF convocada no mês de novembro de 2017, cujas pautas em sua maioria tratavam da aprovação de atas e resoluções. Dá-se especial destaque à 6ª pauta da reunião (Anexo II) referente à “Apresentação do(s) parecer(es) da Comissão de Fiscalização e Registro e consequente Deliberação do(s) registro(s) da(s) entidades”. O registro das entidades é o procedimento que habilita as Instituições de Longa Permanência (ILPIs) e os Centros de Convivência do Idoso (CCIs) a iniciarem ou prosseguirem as atividades de atendimento aos idosos e a receberem a verba pública proveniente do convênio com o governo. A avaliação e monitoramento são desempenhados por um ou dois membros do CDI/DF mediante visita *in loco*. Nessa mesma reunião foram deliberados onze registros expedidos via processo. Cada processo e respectiva instituição foram apresentados pelos membros conselheiros responsáveis pela visita ao estabelecimento. A avaliação das ILPIs esteve centrada nas adequações estruturais, questões sanitárias e a qualidade dos serviços disponíveis nas entidades. Embora algumas instituições não estivessem plenamente adaptadas às exigências legais necessárias, os conselheiros compreendem fatores impeditivos aos reajustamentos quando envolvem a falta de recursos financeiros por parte das instituições. O Conselho entende que atualmente as entidades buscam o aprimoramento de suas condutas, cabendo ao órgão fiscalizador cooperar na educação e orientação da prestação de serviço de qualidade em todos os níveis - assistência

social, educação e saúde - para que as necessidades e os direitos dos idosos sejam respeitados e garantidos.

Segundo o presidente do Conselho dos idosos do Distrito Federal, a principal barreira enfrentada atualmente pelo CDI é a implementação das políticas públicas já existentes. Isto tem ocorrido devido à escassez de recursos dos Conselhos, dificultando o exercício de todo o trabalho técnico e burocrático. O uso de equipamentos e serviços básicos como, por exemplo, telefones e *internet*, estiveram inacessíveis durante dois anos. Os automóveis utilizados na fiscalização para o deslocamento até as entidades são de propriedade dos conselheiros, bem como o gasto com o combustível é destinado a contas particulares.

Desse modo, o papel designado ao Conselho dos Direitos do Idoso - de cobrar respostas, impulsionar os governos e fiscalizar as entidades - enfraquece perante inúmeras dificuldades de ordem prática. As medidas tomadas pelo Conselho tendem a ser onerosas e insolúveis a ponto de dissipar a estrutura consolidada que representa sua influência política, tendo em vista a participação das organizações da sociedade civil.

O que se defende neste ponto de vista é a consolidação dos direitos e políticas para as pessoas idosas não apenas sob os estratagemas burocráticos do Estado e as ações governamentais, mas pelas vias democráticas que inserem a sociedade civil nas tomadas de decisões. No caso dos conselhos, o papel de fiscalização funciona como apoio fundamental para a estruturação das instituições receptoras de idosos em situação de vulnerabilidade física e social. A existência do Conselho não se resume a aplicação de medidas meramente punitivas, mas de auxiliar a adaptação destas instituições a um regime que possa garantir acessibilidade em condições dignamente apropriadas às pessoas idosas.

O exame das questões acima apontadas faculta a dimensão teórica da responsabilidade do Estado na provisão de políticas de cuidados aos idosos. Como informado, as medidas de fiscalização instauradas pelo poder público estabelecem padrões de manutenção adequados às instituições, estas por sua vez, precisam rigorosamente aplicá-las a fim de manterem os serviços em funcionamento. Tal medida tem sido eficaz no sentido de humanizar as instituições. Por outro lado, muitas instituições não contam com recursos suficientes para a adequação das normas e sucumbem à interdição ou permanecem operando na clandestinidade.

Com relação às políticas de cuidado, o Estado propõe a Proteção Social Especial de Alta Complexidade como resposta às alternativas de cuidado exigidas pela sociedade diante da inviabilidade das famílias em assumirem sozinhas o cuidado dos idosos. A alternativa da institucionalização é, muitas vezes, a solução para os idosos dependentes e desprovidos de redes de apoio primárias.

## 2 A POLÍTICA DE CUIDADO INSTITUCIONAL

A Assistência Social consolida-se na política de proteção social, garantindo a todas as pessoas que dela necessitam sem a necessidade de contribuição prévia à sua provisão (BRASIL, 2004). Já a política de cuidado de longa duração, em sua modalidade institucional, está alicerçada na Proteção Social Especial, especificamente na modalidade de Alta Complexidade, voltada para o acolhimento de pessoas idosas nas Instituições de Longa Permanência. Para o acesso a política de “acolhimento institucional”, o usuário deve percorrer um “caminho” traçado pelas vias institucionais e burocráticas que atuam conjuntamente e de forma transversal.

No presente capítulo será apresentada uma análise do percurso de acesso à política, os fluxos e as instâncias ou equipamentos sociais que analisam e “depuram” as demandas da institucionalização.

### 2.1 O acesso à política de acolhimento institucional

Durante a pesquisa foram realizadas entrevistas com a gerente do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), localizado em Ceilândia– DF<sup>11</sup> (Entrevistada A) e com a gestora de parcerias da UNISUAS vinculada à SEDESTMIDH (Entrevistada B). As informantes contribuíram sobretudo no sentido de esclarecer o processo de acolhimento institucional, a partir do momento em que a demanda do idoso chega ao centro de referência até a fase final da aquisição da vaga e mudança do idoso para a ILPI. A partir dos depoimentos e de informações coletadas no portal da SEDESTMIDH<sup>12</sup>, foi possível perscrutar a materialização da proteção social, seus entraves e as articulações intersetoriais.

A primeira etapa do acesso à proteção social ocorre por meio das unidades do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e do Centro de

---

<sup>11</sup> Os Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS's) estão vinculados à SEDESTMIDH e operam de modo articulado com a rede de assistência social, com os órgãos de defesa de direitos e demais políticas públicas. A escolha desta unidade localizada em Ceilândia/DF foi realizada pela SEDESTMIDH, quando em contato e agendamento de entrevista com um gestor responsável por uma das unidades do Distrito Federal.

<sup>12</sup> Portal da SEDESTMIDH: <http://www.sedest.df.gov.br> .

Referência de Assistência Social (CRAS). Essas são as “portas de entrada” dos usuários que recorrem aos serviços de proteção. Ambas as unidades mencionadas são equipamentos sociais geridos pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e estão anexados à SEDESTMIDH. Com relação ao atendimento de idosos, o CREAS atua de forma mais ativa no atendimento de famílias e das pessoas que se encontram em situações de violência ou de violação de direitos.

A Entrevistada A explicou que as demandas dos idosos adentram o CREAS mediante “via documental” ou “demanda espontânea”. A via documental é encaminhada por meio de denúncias expedidas pelo Disque 100 – Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos<sup>13</sup> – em casos de conflitos sociais e/ou violações de direitos humanos. O Ministério Público também colabora no encaminhamento das denúncias que caracterizam violação dos direitos dos idosos.

A demanda espontânea<sup>14</sup> manifesta-se quando o próprio indivíduo ou a família recorrem pessoalmente à unidade do CREAS. Em geral, as causas da demanda envolvem a violação de direitos e o pedido de acolhimento institucional. Ao comparecerem pessoalmente à unidade, os idosos ou seus familiares<sup>15</sup> são atendidos pelo serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), serviço este “de apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça e violação de direitos” (MDS, 2011). A primeira fase deste atendimento é a “acolhida inicial”, que consiste na escuta qualificada do problema por um agente social, cuja função é averiguar a complexidade do caso analisando sua natureza e possíveis encaminhamentos por parte do centro de referência. Na sequência, o agente social encaminha a família ou a pessoa idosa para um grupo de acolhida coletiva, onde são explicitados os serviços oferecidos pelo CREAS. Posteriormente, o especialista psicólogo, assistente social ou educador social (a depender da especialidade dos agentes lotados na unidade) providenciam o agendamento do atendimento individual com a pessoa idosa na unidade domiciliar. Essa etapa é vista como momento oportuno da pessoa idosa explicar

---

<sup>13</sup>Serviço oferecido pelo Ministério dos Direitos Humanos (MDH) destinado a receber denúncias e reclamações relativas a violações de Direitos Humanos que atingem principalmente populações com vulnerabilidade acrescida: crianças e adolescentes, LGBT's, Pessoas em Situação de Rua e Outros (quilombolas, ciganos, índios, pessoas em privação de liberdade), pessoas idosas e pessoas com deficiência. Para saber mais: <http://www.sdh.gov.br/disque100/disque-direitos-humanos>

<sup>14</sup>A tramitação do processo via documental é semelhante à demanda espontânea, diferindo apenas no primeiro passo que consiste na leitura do documento pela equipe do CREAS.

<sup>15</sup> Na grande maioria dos casos, são os familiares que procuram o CREAS para solicitar auxílio aos idosos, pois estes já se encontram debilitados para deslocarem-se até o estabelecimento do centro de referência.

suas demandas, reclamações, decisões e expor o histórico das relações vivenciadas com os familiares. Dá-se voz a estes sujeitos, que muitas vezes silenciados, abstêm-se de seus desejos e escolhas.

Após essa visita ao domicílio e da avaliação técnica sobre os problemas enfrentados pela pessoa idosa, a família conta com o acompanhamento especializado e sistemático baseado na classificação de risco que varia entre situação urgente e emergente, pautado no grau de prioridade. A intervenção inicia-se nesse estágio, com a elaboração de um plano de ação individual ou familiar que inclui visitas periódicas à residência do idoso, a formulação de estratégias, propósitos e compromissos firmados junto às famílias com objetivo de resgatar os laços afetivos fragilizados entre a pessoa idosa e os familiares. Nesse ínterim, há uma tentativa prévia de buscar soluções substitutivas ao acolhimento institucional. A permanência do idoso no lar de origem é priorizada pela equipe do CREAS quando se reconhece a possibilidade do fortalecimento dos vínculos na contrapartida de obter resposta satisfatória da família. Contudo, o tempo de espera para o acompanhamento sistemático varia conforme o grau de urgência, a capacidade de atendimento da unidade e a disponibilidade de servidores.

Os casos identificados pela equipe do CREAS como legítimos e imediatos para acolhimento institucional são aqueles que oferecem verdadeiro risco à vida da pessoa idosa ou em situações consideradas mais graves. Após observar esse requisito, o profissional justifica em relatório a solicitação de vaga na Instituição de Longa Permanência. Em geral, admite-se recorrer a uma vaga na ILPI apenas quando se esgotam todos os mecanismos e estratégias de retirada do idoso da situação de vulnerabilidade através do resgate dos vínculos familiares. Tendo em vista tais critérios de urgência, o relatório do pedido de acolhimento é finalmente expedido pelo CREAS e, em seguida, enviado para o setor de Gestão de Parcerias da SEDESTMIDH, este por sua vez, delegado à avaliação da situação e o encaminhamento para a fila de espera da vaga.

Em entrevista, a gerente do CREAS comentou a reincidência de denúncias relacionadas à violação de direitos de idosos que já recorreram ao CREAS em outros momentos. A espera pela vaga em ILPIs mantém o idoso isolado ou na convivência da família, o que pode agravar os casos de negligência e abandono ou de violência cometida pelos familiares.

*Aí vem, por exemplo, reiteros, vários reiteros de denúncia. E quando vem, vem a denúncia primeiro que é o documento Disque 100, vem via e-mail e vem também... aí depois vem do Ministério Público e já tem um monte de denúncias. Acontece isso também. Eu acho que acontece mais isso por a gente não dar conta da demanda, né. Porque se a gente rapidamente atendesse, né. E também tem vaga pra casos que é acolhimento. Não lembro de ter acontecido um caso que chegou aqui, a gente solicitou e a vaga tava. Então aí é um problema, porque aí fica... aí você pode me perguntar 'vai ficar aonde se as famílias que estão, por exemplo, aguardando a espera?'. A violação continua. (Entrevistada A).*

Embora cientes dos casos de violação de direitos e da ocorrência de denúncias que levam à requisição de vaga na instituição, as providências cabíveis à equipe CREAS são limitadas no intervalo de espera pela vaga. As ações da equipe se restringem apenas ao monitoramento dos casos por meio de visitas domiciliares esporádicas e o contato telefônico.

A agente do CREAS observa que apesar dos conflitos intrafamiliares agravantes da situação de vulnerabilidade do idoso, é comum firmar-se uma rede primária de apoio, isto é, pessoas que residem próximas, vizinhos, amigos e parentes que ofereçam algum tipo de amparo. No decorrer da espera pela vaga, a pessoa idosa permanece em situação de risco sob a dependência e a caridade de pessoas dispostas a auxiliá-la. Os próprios agentes do CREAS incentivam a criação da rede primária que possa dar o suporte ao idoso como medida para minimizar casos extremos de negligência e abandono.

*Já também teve casos que não tinha ninguém, mas a gente conseguiu o filho, alguém, mesmo não tendo vínculo, mas que pudesse dar uma força financeira de repente pra... então assim, a gente vai... Porque assim, por estar só, aparece alguém. É claro que, digamos tá abandonado, mas aparece alguém, por exemplo, tem um vizinho que se sensibiliza também. Às vezes esse vizinho já está esgotado, mas não quer abrir mão, porque fala assim "eu não posso deixar porque vai morrer". Só que infelizmente tem casos também desse idoso não ter esse acompanhamento e morrer. É algo, assim, Stephanie, muito complicado porque a gente também fica assim sem saber. Já aconteceu também de a gente acionar a justiça pra ver, já tentou uma forma de tentar uma forma de via judicial. Já aconteceu também e até de conseguir, só que é uma burocracia muito grande (Entrevistada A).*

Em Lemos e Medeiros (2006), os sistemas de suporte social ao idoso caracterizam-se por: sistemas formais, ou seja, situadas no âmbito das políticas públicas agregadas na atenção à saúde, instituições jurídicas de garantia dos direitos, órgãos da previdência social, hospitais, atendimento domiciliar, etc.; e os sistemas informais, referentes às redes

de relacionamento que auxiliam o idoso a conservar os vínculos de proximidade, tais como amigos e vizinhos, ou a chamada rede primária. Todas essas relações cooperam para a proteção e apoio dos direitos previstos por lei. Porém, essa rede de amparo informal não deveria substituir a ação efetiva e de competência dos órgãos de assistência social sendo, pois, confundida com a ideia de solidariedade. Dependendo somente da sensibilidade comunitária para provisão das necessidades básicas não garante a proteção e inclusão social, e o seu direito à cidadania subjaz à caridade. Para Faleiros (2006),

a solidariedade só se constrói com liberdade e igualdade e não como caridade do mais forte diante dos vulnerabilizados. É na sustentabilidade de si e do coletivo que a solidariedade se arquiteta como direito e autonomia na cidadania inclusiva (FALEIROS, 2006, p. 11).

Neste sentido, é preciso oferecer os meios de manutenção ou resgate da autonomia individual primada na dimensão dos direitos da cidadania para que, então, as virtudes solidárias e cívicas estejam em convergência.

A entrevistada A ressalta os casos de idosos que não aceitam a institucionalização como medida de auxílio e, por isso, optam por residirem em suas próprias casas. A institucionalização é tomada por parte da sociedade como uma alternativa cruel adotada apenas em casos extremos de abandono, negligência da família e de completa ausência de autonomia da pessoa idosa. Esse imaginário social tem origem na representação comum dos antigos asilos. Logo, os agentes do CREAS não são autorizados a encaminharem a pessoa ao acolhimento sem o devido consentimento. Segundo a agente do CREAS, o ideal nesse caso seria a implementação mais expressiva dos centros-dia, cuja proposta inclui a estadia diária do idoso na instituição e o retorno à residência no período noturno. Entretanto, ainda assim é indispensável a presença de um cuidador, mesmo informal, para oferecer o suporte necessário ao idoso. Essa alternativa dependeria também de uma estrutura de transporte que facilitasse o deslocamento do idoso ao centro-dia, principalmente para aqueles que não dispõem de familiares próximos a sua residência.

A Unidade do CREAS localizada na Região Administrativa de Ceilândia recebe um número de demandas acima do limite. Apenas um Centro de Referência atende toda a população do município que já ultrapassa o número de 400 mil habitantes. De acordo com as orientações técnicas de implantação do CREAS, para cada 200 mil habitantes é necessária a implantação de 01 unidade, considerando a realidade de cada território (MDS, 2011). Desse modo, a infraestrutura se mostra insuficiente, há uma centralização das

demandas e número reduzido de profissionais diante de uma gama de segmentos populacionais e distintas classificações de vulnerabilidades.

A articulação em rede firmada entre o CREAS e outros órgãos públicos de atendimento à população (serviços de saúde, Ministério Público, Justiça, etc.) tem surtido efeito enquanto estratégia de fortalecimento das ações do CREAS na recepção de idosos e famílias em situação de vulnerabilidade. A articulação em rede propicia o acesso dos usuários aos demais serviços e políticas públicas, distribuindo a complexidade dos casos para diferentes instâncias e especialidades (MDS, 2011). Segundo a informante, faz-se necessário a providência de estudos de caso em equipe interdisciplinar pronta para averiguar as situações por diferentes ângulos:

*Qual tem sido a nossa estratégia e a estratégia que eu acredito que é o recurso que a gente tem? A rede. Aí o que a gente tem feito? Convocar estudo de caso em rede. Que é o que? Chamar o Ministério Público, chamar saúde, chamar... Saúde que eu falo, em todas as suas proteções também que tem lá, né, não é proteção, mas todos os níveis, por exemplo, CAPS<sup>16</sup>, Centro de Saúde, às vezes o hospital, o serviço social (Entrevistada A).*

A atuação coletiva destes órgãos pode, inclusive, contribuir para o olhar sobre as diversidades contidas no processo de envelhecimento, pois amplia a visão das particularidades do envelhecer e os fatores sociais, econômicos e culturais circundados nesta experiência.

A próxima etapa de admissão da acolhida institucional para os idosos em situação de vulnerabilidade é o encaminhamento do pedido para a SEDESTMIDH, no setor da Central de Vagas de Acolhimento e Atendimento Emergencial. Como foi dito, somente dá-se prosseguimento ao pedido de acolhimento quando descartadas todas as possibilidades de permanência da pessoa idosa no meio familiar.

O setor de Gestão de Parcerias encarrega-se de manter o elo entre o CREAS – receptor da demanda do idoso – e a ILPI. A gestora de parcerias recebe o pedido que fora reportado pelo agente do CREAS mediante relatório contendo um conjunto de informações a respeito da situação da pessoa idosa: as condições de saúde, a situação dos vínculos familiares e afetivos, o histórico do caso e o motivo da institucionalização. A Gestão de Parcerias insere o nome do idoso na lista de espera. Nessa etapa, avalia-se novamente o

---

<sup>16</sup> Centro de Atenção Psicossocial (CRAS).

grau de urgência do caso. Alguns casos apresentam caráter mais emergencial e por isso são alocados no início da lista de espera. A lista contém espaços para o preenchimento dos dados da pessoa: nome, o grau de dependência (dependente ou independente), sexo, data de nascimento, idade, data da solicitação do acolhimento e um breve relato do caso.

Em entrevista, a servidora e gestora de parcerias (Entrevistada B) afirma que a atual lista de espera para vagas em ILPI comporta 98 idosos. O prazo de espera é longo e não são raros os casos em que os idosos desistem, recorrem a instituições privadas de baixo custo ou instituições clandestinas, ou, diante da situação de fragilidade e enfermidade, morrem aguardando a admissão na ILPI conveniada.

No momento presente, quatro Instituições de Longa Permanência mantêm parceria com o Governo do Distrito Federal, ou seja, recebem o recurso financeiro proveniente da Proteção Social Especial de Alta Complexidade destinado aos idosos dependentes e independentes residentes nestas instituições. As ILPIs são de natureza filantrópica, mantidas pelo poder público (em regime de parceria) e por organizações da sociedade civil, geralmente por instituições religiosas. Estas quatro instituições disponibilizam 242 vagas de acolhimento e por ora todas estão ocupadas. Questionada sobre o número reduzido de instituições conveniadas, a entrevistada B justificou a ausência das demais ILPIs em razão dos requisitos criteriosos impostos pela Secretaria no termo de cooperação. De acordo com o Decreto que regulamenta o regime de parcerias<sup>17</sup>, o número permitido de entidades inscritas como parceiras é ilimitado, mas são apenas essas quatro entidades concorrentes às parcerias, sendo elas permanentemente selecionadas devido ao pleno cumprimento dos requisitos. A excessiva formalidade e burocracia aplicada ao processo têm desmotivado instituições em habilitarem-se à parceria.

O aspecto burocrático dos processos que enredam as ILPIs convém para o aprimoramento destas instituições, da transição do caráter informal contido na caridade e religiosidade – matriz que fundamenta a ideia de acolhimento aos pobres e “necessitados” - para a formalidade respaldada em normas e regimes jurídicos.

No entanto, o pacto entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, aqui figuradas nas Instituições de Longa Permanência, vindica investimento prévio no amoldamento da infraestrutura, da equipe técnica e profissional e todos os parâmetros exigidos para a regulamentação do serviço a ser prestado pela instituição. Tal investimento

---

<sup>17</sup> Decreto nº 37.843/2016 do Distrito Federal. Dispõe sobre o regime jurídico das parcerias celebradas entre a administração pública distrital e as organizações da sociedade civil.

primordial é inviável para muitas instituições, pois a maioria sobrevive financeiramente de recursos próprios e penosamente angariados. Desse modo, a grande maioria das ILPIs renuncia à parceria com o GDF por privar-se de recursos para adaptação às normas impostas pelo Estado e resignam-se aos seus próprios meios de manutenção, por vezes mantendo-se na informalidade.

A desigualdade de condições entre as organizações da sociedade civil é expressiva. Para Mestriner (2008), as organizações mais tradicionais procedentes das classes média e alta, bem relacionadas com as elites e grupos políticos, são favorecidas em termos de poder. Muitas que assumiam comportamento assistencialista e de tutela, recentemente assumiram uma direção mais progressista e se acoplam facilmente ao Estado. Ao mesmo tempo, as organizações derivadas das classes populares sobrevivem com dificuldades, na linha da pobreza e da resistência e por isso não alcançam a formalidade exigida para firmação do pacto com o Estado, sendo, pois, excluídas da distribuição de recursos (p. 48).

Os serviços de Proteção Social Especial na modalidade Abrigo Institucional exigem a implementação de um quadro profissional qualificado para o atendimento dos idosos mediante um Plano de Reordenamento e Providências. O documento que estabelece os parâmetros apropriados consta na Portaria nº 38, de 10 de junho de 2014 da SEDESTMIDH. O quadro profissional é dividido entre profissionais “SUAS” e “Correlatos”. A tipificação da profissão é postulada por sua quantidade e pela meta de quantidade. Segue abaixo a tabela referente a essa modalidade de serviço da proteção social:

**Tabela 1 - Serviço de Proteção Social Básica no Distrito Federal**

<b>Serviço de Acolhimento Institucional para Idosos na modalidade Abrigo Institucional</b>		
<b>Recursos Humanos</b>	<b>Quantidade de profissionais/Meta</b>	<b>Tipo</b>
Coordenador (Nível Superior)	1 por serviço	SUAS
Educador/Cuidador (Nível Médio) usuários sem deficiências	20 / 50	SUAS
Educador/Cuidador (Nível Médio) usuários com deficiências	24 / 50	SUAS

Auxiliar de Educador/Cuidador	20 / 50	SUAS
Assistentes Sociais	2 / 50	SUAS
Psicólogos	2 / 50	SUAS
Terapeuta Ocupacional	1 / 50	SUAS
Auxiliares Administrativos	2 por serviço	Correlato
Cozinheiros	2 por base física	Correlato
Auxiliares de Serviços Gerais	2 por base física	Correlato
Motorista	1 por base física	Correlato
Nutricionista	1 por serviço	Correlato
Fisioterapeuta	1 por base física	Correlato
Enfermeiro	1 por base física	Correlato
Técnico de Enfermagem	1 por base física	Correlato
Porteiro	4 por base física	Correlato

**Fonte:** Portaria nº 38, de 10 de junho de 2014, da SEDESTMIDH/DF.

Os profissionais das categorias de tipo “SUAS” devem ser compulsoriamente integrados à equipe de atendimento. A contratação dos “correlatos” é sugerida, porém não há exigência, sendo a contratação opcional à instituição. O recurso repassado à ILPI serve basicamente para o pagamento dos salários destes profissionais. A discussão levantada pela SEDESTMIDH e pelas ILPIs é a não obrigatoriedade de alguns segmentos profissionais indispensáveis para o acompanhamento da saúde e bem-estar dos idosos nas instituições. Alega-se que esses profissionais deveriam ser agregados ao quadro da equipe SUAS. Nas entrevistas com a gestora da SEDESTMIDH e funcionários da ILPI, houve reclamações com relação a falta de fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, profissões estas julgadas prioritárias e imprescindíveis para o cuidado dos idosos. Se essas categorias de especialistas fossem agregadas à equipe “SUAS”, as ILPIs conveniadas poderiam arcar com os custos destes profissionais e tê-los anexados ao quadro de funcionários.

Além dos critérios legais e rigorosos que dificultam a constituição do convênio com a administração pública, outro fator que desestimula as ILPIs a integrarem-se na parceria é o atraso no repasse mensal do recurso financeiro. Segundo a gerente de parcerias, no ano de 2017 houve redução significativa no orçamento da Assistência Social, o que inviabilizou a transferência regular do recurso em determinados meses.

A gestora de parcerias traçou o perfil de idosos usuários da política incorporados à lista de espera das ILPIs. O perfil é composto por idosos dependentes e independentes, sendo os dependentes somados em maior número. A situação de vulnerabilidade social, violência física, psicológica, sexual e o uso de álcool e drogas por parte do idoso ou dos familiares próximos são justificativas comuns encontradas nos pedidos de acolhimento.

Diferenças de gênero marcam as trajetórias de vida de homens e mulheres e explicam razões imbuídas à institucionalização dessas pessoas na velhice. Por exemplo, são recorrentes os casos de homens que, durante a juventude, abandonaram seus lares. Quando idosos, já doentes e/ou etilistas crônicos, retornam em busca de suporte familiar e cuidados, todavia, os vínculos fragilizados impedem a retomada do convívio e faz-se necessário o apelo à assistência social.

Outra situação mencionada pela gestora é a de mulheres desprovidas de laços parentais que não tiveram filhos, trabalharam como empregadas domésticas, cuidando dos filhos de outras mulheres. Na velhice, recorrem ao acolhimento institucional pessoalmente, por intermédio de amigos ou das famílias onde trabalharam.

Conforme Britto da Motta (1999), a prescrição tradicional das trajetórias sociais das mulheres esteve associada a maior repressão social e sexual, desestímulo e dificuldade de acesso e permanência no mercado de trabalho, desigualdades de formação e de condições de trabalho em relação aos homens. Toda a expectativa de “feminilidade” ligada à obediência e conformismo norteou a vida das mulheres dessa geração que hoje são velhas.

Pessoas em situação de rua também aparecem na lista de espera. De acordo com a gestora, não se trata da maioria e são casos que ganham prioridade, porém, a intervenção implica maior complexidade devido a articulação de outros órgãos da assistência social e a relação entre o sujeito e a rua.

As ILPIs conveniadas definem níveis de dependência admissíveis. Em geral, os níveis são especificados pela capacidade de realização das Atividades da Vida Diária. Chama-se a atenção para o fato de que as instituições atualmente não têm recebido idosos submetidos ao uso de sondas, aparelhos ou dispositivos – por exemplo, para pacientes ostomizados –, em função da falta de estrutura e da presença mais abrangente de uma equipe de saúde habilitada à manipulação desses equipamentos. Idosos com complicações psiquiátricas também encontram barreiras para a admissão nas ILPIs.

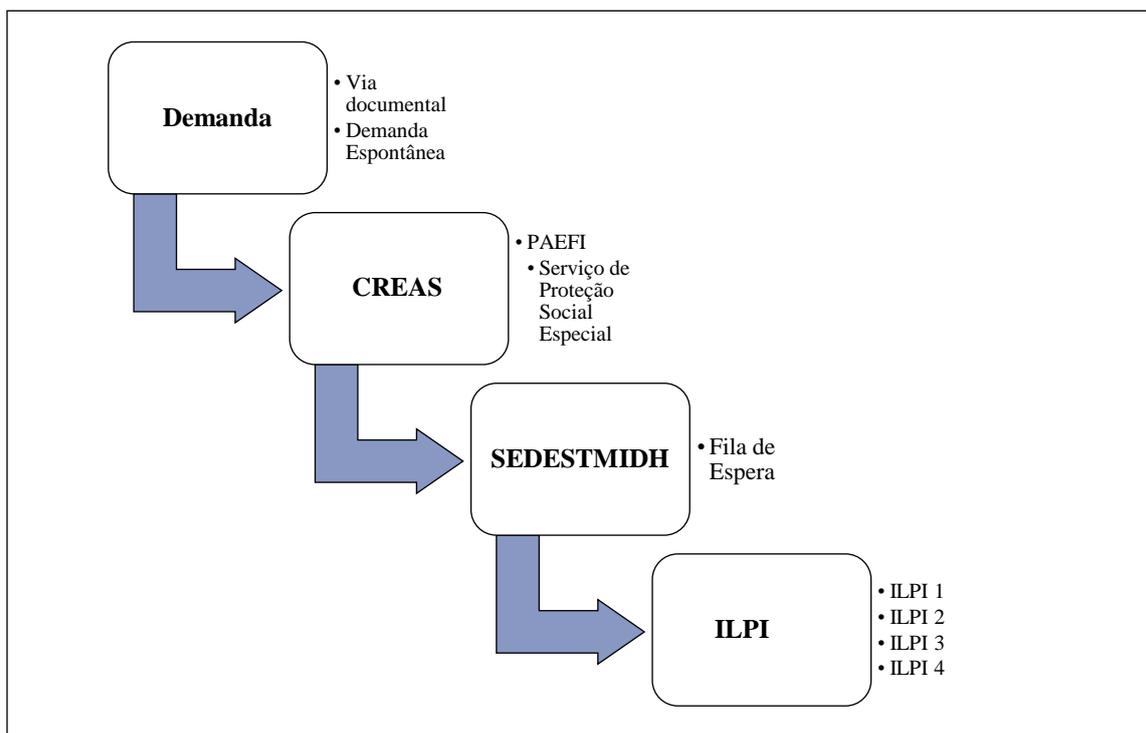
Na lista de 98 idosos solicitantes do acolhimento institucional, ao menos dez deles têm os nomes destacados na cor amarela, o que indica a incompatibilidade com as vagas das ILPIs disponíveis ao acolhimento. Em outras palavras, sinalizam os idosos que aguardam por uma vaga há um tempo superior aos demais, e provavelmente permanecerão na espera por serem portadores de doenças altamente debilitantes, cujo tratamento demanda uma infraestrutura hospitalar e cuidados permanentes de um profissional médico. A entrevistada B, relata:

*Esses amarelos aqui que eu to te mostrando, aqui tem uma legendinha. As amarelas nós estamos eu acho que com 10 amarelas, se não me engano, mais ou menos. São todos com sonda. Então a gente não tem o que fazer com esses idosos. Em geral, sonda de alimentação, sonda alimentar, sonda gastro, algum dispositivo, uma ostomia, algo assim. E as nossas entidades desde dezembro do ano passado, elas se posicionaram em não conseguir receber mais mesmo, porque é um público muito da saúde mesmo, né (Entrevistada B).*

Isto significa que pessoas idosas em processo de perda parcial ou total da autonomia em função da complexidade das enfermidades, não conseguem vagas nas instituições. A dependência funcional em seus níveis mais elevados não tem respaldo nas ações assistenciais na proteção social especial. Não existem garantias legais de proteção para o público usuário da política em condições de dependência funcional. Idosos que apresentam condições de saúde fragilizadas e em situação de vulnerabilidade social são, portanto, excluídas da política convencionada na modalidade de acolhimento institucional. Ainda segundo a entrevistada, os idosos, frente a estas circunstâncias agravantes, permanecem internados por tempo indeterminado em hospitais ou sob a tutela da família. A hospitalização é questão urgente e tem sido tratada como “institucionalização hospitalar” que se configura como “local de moradia” para idosos cuja internação perdura tempo superior a seis meses. Isso representa um problema para o Sistema Único de Saúde, pois sobrecarrega as unidades hospitalares que não dispõe de capacidade para “abrigar” pacientes (ROMERO, MARQUES, BARBOSA, SABINO, 2010). Centralizar no hospital e na família o cuidado de idosos enfermos tende a comprometer ainda mais a fragilidade do idoso, pois restringe a sua reinserção social, no caso da institucionalização hospitalar, e acentua o risco de maus-tratos e conflitos familiares em virtude dos desgastes físicos e emocionais atribuídos na função do cuidado.

Abaixo segue o fluxograma referente às etapas “percorridas” pelo usuário da política de Assistência Social que prevê o serviço de acolhimento institucional integrada à Proteção Social Especial de Alta Complexidade:

### **Fluxograma 1 - Proteção Social Especial de Alta Complexidade Modalidade Acolhimento Institucional**



**Fonte:** Fluxograma elaborado pela pesquisadora com base nas informações obtidas na pesquisa de campo realizada durante o ano de 2017.

A representação esquemática do processo de aquisição da vaga ilustra a organização da proteção social. As histórias de vida dos idosos são submetidas à avaliação especializada de assistentes sociais e gestores da política. As condições de vulnerabilidade são apuradas e classificadas conforme graus de urgência cabíveis. No ínterim da averiguação dos casos “legítimos” ao acolhimento, a lista de espera é a fase onde muitos processos estacionam por tempo indeterminado, e por vezes, o prolongamento pode ser fatal ao requerente.

As representantes do poder público do Distrito Federal mantiveram em suas falas uma postura de defesa ao empenho do governo distrital em solucionar a demanda por alternativas de cuidado dos idosos. Na visão da servidora do CREAS, para agregar medidas mais satisfatórias aos serviços disponibilizados pelo CREAS, o trabalho em rede

seria uma solução assertiva na resolução de casos mais específicos, principalmente condicionados ao acolhimento institucional. Articulações mais firmes entre diferentes instituições e a análise situacional de viés interdisciplinar surtiriam efeitos maiores e um comprometimento mais amplo do Estado em fornecer respostas aos usuários das políticas públicas. Percebeu-se na fala da servidora, bem como nos documentos norteadores da política de assistência social (MDS, 2011), a ênfase no discurso de fortalecimento da função protetiva da família, isto é, o resguardo dos vínculos familiares em prol da prevenção à institucionalização.

A gestora de parcerias da SEDESTMIDH compartilha deste ponto de vista, mas afirma que deve haver uma intervenção mais incisiva do CREAS e do CRAS no fortalecimento dos vínculos para que o idoso permaneça em sua rede primária de relações, evitando, assim, a sua institucionalização. Para a entrevistada, alternativas deveriam ser priorizadas, como por exemplo, a ampliação de vagas para casas-lares e centros de convivência. Além disso, a carência de recursos públicos voltados para a assistência social interfere na gestão e operacionalização do trabalho no serviço de proteção social: faltam servidores e estrutura adequada para o atendimento.

Constatou-se que, a despeito do esforço conjunto acionado entre várias instâncias institucionais para solver as demandas dos idosos, impera uma espécie de resistência à institucionalização. Dentre as funções dos agentes do CREAS, vigora a tentativa de minar o processo de acolhimento do idoso na ILPI conveniada. A orientação consensual propagada pela política de assistência social é a manutenção do idoso na própria residência e na convivência de seus familiares, encorajando sua autoestima, a autonomia e o protagonismo (MDS, 2011). Diante das situações de vulnerabilidade e de risco pessoal e social, a assistência social manifesta-se nas ações protetivas socioassistenciais garantidoras de direitos. No entanto, contradições neste aspecto podem ser notadas ao verificar-se que, embora certificada a situação de violação de direitos em contextos de vulnerabilidade social, o idoso ainda permanece entre familiares ao longo de todo o processo de avaliação, monitoramento e ações prolongadas da equipe CREAS e durante a espera pela vaga na ILPI. Afinal, em que medida as ações protetivas, nessas circunstâncias, são efetivas e eficazes no atendimento aos idosos mais frágeis em situação de vulnerabilidade e dependência funcional? E quanto aos idosos desamparados, sem vínculos familiares, desprovidos de cuidados em condições de vulnerabilidade e dependência? Quais têm sido

as ações práticas e imediatas da assistência social? Estas e outras indagações perpassam a reflexão acerca das políticas de cuidados e a relevância heterogênea do processo de envelhecimento. Ao visualizar, de modo genérico, o conteúdo da política de assistência social e os serviços de atendimento à população idosa, verifica-se que o lugar do idoso em situações extremas de dependência funcional e de vulnerabilidade social ainda é marginalizado. Nem todos são abraçados pelas iniciativas do poder público, nisto, sinaliza-se certa negligência do Estado interposta nas fissuras abertas de suas políticas.

### 3 A INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA E SEUS APARATOS ORGANIZACIONAIS

#### 3.1 Dos “asilos” às “ILPIs”

As Instituições de Longa Permanência tiveram origem nos antigos asilos para os velhos dos setores mais pobres da sociedade. Daniel Groisman (1999a) sintetiza o processo histórico de institucionalização da velhice no Brasil – com enfoque maior no estado do Rio de Janeiro - a partir do século XIX<sup>18</sup> e revela que, paralelo a este período marcado por transformações sociais, políticas e econômicas, houve o fortalecimento das práticas de controle social. Os mendigos, considerados incapacitados para o trabalho, desfrutavam de certa tolerância social, integravam o cenário cotidiano e religioso da cidade. Os vadios, considerados itinerantes e ociosos, ameaçavam a ordem social e patriarcal, eram alvos da lei e sofriam repressão policial. Os ditos inválidos acometidos por doenças ou loucura, eram transferidos para a Santa Casa da Misericórdia (Rio de Janeiro), assistidos pela caridade cristã e atendidos pelas obras sociais.

O discurso da filantropia ganhou força nesse período, tal como a medicina social, impondo um projeto civilizador, higienista e um processo de medicalização através da intervenção sobre a cidade, sobre a população pobre e os espaços institucionais. Do ponto de vista higienista, os mendigos e vadios eram potenciais propagadores de doenças e moléstias diversas; os modos de viver das classes pobres representavam perigo e ameaça à salubridade urbana. Assim, instituições para o abrigo destas populações foram criadas como medida para evitar que elas permanecessem nos ambientes públicos, seguindo-se uma lógica de classificação e separação dos grupos. A filantropia higiênica passou a segregar os tipos de doentes e moribundos. Enquanto isso, a ação normatizadora da medicina social selecionava os “recuperáveis” aptos ao trabalho, e os vadios, os presos, os jovens e os loucos eram submetidos ao processo de medicalização nas prisões e hospícios (GROISMAN, 1999a).

Em 1879, foi inaugurado no Rio de Janeiro o Asilo da Mendicidade, administrado pelo médico Freitas Henrique que buscava estabelecer normas condizentes com o saber

---

<sup>18</sup> O estudo de Groisman (1999a) focalizou a institucionalização da velhice nos antigos asilos do Rio de Janeiro relacionando-os com a prática da caridade, filantropia e da medicina social no século XIX.

médico da época. Dentre as regras estabelecidas constava a separação por idade, sexo e patologias. Houve também a distinção entre a velhice e outras categorias sociais, e com isso o surgimento de uma instituição própria de acolhimento aos velhos. A primeira destas instituições foi o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, no Rio de Janeiro, que abriu espaço não somente aos velhos desamparados, mas também àqueles que desejavam viver coletivamente na instituição mediante o pagamento de mensalidade, dando abertura, então, ao asilamento da velhice (GROISMAN, 1999a).

O modelo de medicina social atribuiu legitimidade à institucionalização da massa populacional perturbadora da organização sanitária urbana. Foucault (2017) mostra que a medicalização foi um mecanismo de exclusão e de purificação do espaço urbano usado para a contenção dos fenômenos médicos e políticos.

O florescimento das instituições filantrópicas do início do século XX, no Brasil, fortalecia sentimentos ambivalentes em relação à pobreza urbana. A divisão entre bons e maus elementos da sociedade ajudava a definir aqueles que mereciam ser assistidos pela assistência social seguindo os critérios de preservação da ordem e do combate à ociosidade e aos “vícios” da vadiagem<sup>19</sup>. Os velhos passaram a ser retratados como vítimas, isentos da responsabilidade de sua miséria, merecedores de assistência e da complacência social (GROISMAN, 1999b). As práticas institucionalizadas dessa época buscaram incorporar ideias de educação e higiene de modo compatível às práticas de filantropia, vigilância e pedagogia (FALEIROS; MORANO, 2009, p. 322).

Durante muito tempo os asilos estiveram associados a um lugar de abandono e sofrimento de idosos desassistidos por seus familiares. A representação social destes estabelecimentos é cercada pela noção de “lugares repugnantes, ambientes mórbidos, abusos e internação involuntária” (PEIXOTO, 2011, p. 346). Tal imaginário ainda persiste e são assimiladas às antigas instalações mantidas na clandestinidade ou informalidade, não submetidas às normas de fiscalização. Apesar de rechaçadas e ameaçadas juridicamente pelo poder público, as instituições clandestinas e em estado precário existem até os dias de hoje, porém atuam mais discretamente.

---

<sup>19</sup> O controle da vadiagem estava associado ao conjunto de transformações da nova ordem econômica e do processo de urbanização que o país atravessava ao longo do século XX. Instituições disciplinares, manicômios judiciários e asilos foram criados para destinar segmentos sociais não desejáveis no meio urbano. Com a crise de 1929 houve crescimento do desemprego, e sob os seus efeitos, a intensificação da perseguição à vadiagem durante o governo Vargas, maior especialização do aparelho policial para controle eficaz do contingente da vadiagem diluído em diferentes categorias sociais (TEIXEIRA; SALLA; MARINHO, 2016).

A partir do início do século XXI, o discurso das instituições incorporou a discussão dos Direitos Humanos configurando um modelo político-institucional apoiado na regulamentação de direitos como meio para ordenar atividades de um coletivo de pessoas. O modelo político-institucional articula-se com a filantropia, a vigilância e os direitos humanos, combinando diferentes práticas e discursos (FALEIROS; MORANO, 2009).

A Instituição de Longa Permanência pode ter suas características associadas e incorporadas ao conceito de “Instituição Total” elaborado e definido por Goffman (2015) como:

um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 2015, p. 11).

A conceituação teórica de Goffman sobre a Instituição Total prescreve a inserção do sujeito na instituição sob a iminência do processo de “mortificação do eu”, isto é, a destituição das disposições incorporadas que formam a concepção do indivíduo sobre si mesmo. A instituição combate aspectos particulares da personalidade, dos hábitos, das crenças, dos comportamentos, dos papéis sociais adquiridos fora do ambiente institucional. A partir do instante que se adentra o local, inicia-se um processo de ruptura com o mundo exterior. E ainda, as instituições totais “usualmente se apresentam ao público como organizações racionais, conscientemente planejadas como máquinas eficientes para atingir determinadas finalidades oficialmente confessadas e aprovadas” (GOFFMAN, 2015, p. 69).

Em contrapartida, alguns estudos têm refutado a aplicação da categoria analítica de Goffman em instituições reservadas a modelos organizacionais específicos. Camarano e Barbosa (2016) advogam que no caso das ILPIs (ou asilos), o “grau de totalidade” das instituições varia conforme o grau de dependência dos residentes. No ponto de vista das autoras, idosos dependentes e acamados têm suas vidas administradas pelas instituições, do mesmo modo que teriam se residissem com suas famílias.

Atualmente, a ideia de abrigo e acolhimento embutida às ILPIs desde a sua origem enquanto asilo, posiciona as políticas públicas de sua competência na rede de assistência social. Entretanto, o prolongamento da velhice e a conseqüente sobrevivência de pessoas cujas capacidades físicas e cognitivas são reduzidas tem exigido a reavaliação do foco das políticas públicas. Existe um debate em circulação que tenta acoplar a rede de assistência à

saúde nas instituições de longa permanência. As finalidades das ILPIs não estão restritas exclusivamente ao abrigo de idosos, mas tem cada vez mais assumido função híbrida, que abrange uma complexidade maior para atendimento de casos de saúde e doença das pessoas idosas residentes nas ILPIs (CAMARANO; KANSO, 2010).

No Brasil não há um consenso sobre o que seja uma Instituição de Longa Permanência (CAMARANO; MELLO, 2010). A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) designou o termo - Instituição de Longa Permanência - em substituição ao termo “asilo”, definindo essa modalidade institucional a partir da seguinte descrição:

As ILPIs são estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público alvo são as pessoas de 60 anos e mais, dependentes e independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Essas instituições, conhecidas por denominações diversas – abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancianato – devem proporcionar serviços na área social, médica, de psicologia, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, conforme necessidades desse segmento etário (SBGG-SP apud CNMP, 2016).

Para a ANVISA, a ILPI se caracteriza como instituição “governamental ou não governamental, destinada à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar” (ANVISA, 2005).

O aprimoramento dessas instituições e a ampliação de suas finalidades possibilitou a consolidação de moradias especializadas com formação de equipes interdisciplinares aptas ao cuidado dos idosos.

Em 2008, dados oficiais sobre as ILPIs do Distrito Federal foram publicados com base na pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em parceria com a Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH) e o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI). A pesquisa teve como enfoque aspectos da infraestrutura e condições de funcionamento das ILPIs em todo o Brasil a partir de um recorte geográfico por regiões e estados. No Distrito Federal foram mapeadas 15 instituições em ativo funcionamento (somadas a outras três instituições interditadas no período da pesquisa) atendendo 555 residentes (22 destes com idade inferior a 60 anos), o que representava 0,4% da população idosa total da região (IPEA, 2008).

A maioria das ILPIs do Distrito Federal é de natureza jurídica filantrópica, aferindo 86% do total. As demais instituições são privadas com fins lucrativos. A primeira instituição foi fundada em 1961, porém, a disseminação crescente de ILPIs deu-se somente a partir da década de 1990 (IPEA, 2008). Essa realidade não é exclusiva ao Distrito Federal, mas à região Centro-Oeste como um todo, dentre outras unidades da federação. Um estudo realizado por Corteletti, Casara e Herédia (2004) na cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, constatou que a maioria das instituições foram fundadas nos últimos 30 anos e apenas 38,9% delas atendem a população carente.

O aumento do número de instituições nas últimas décadas ocorreu em resposta ao crescimento da população idosa e a necessária ampliação de residências para idosos que não contam com o suporte familiar. Todavia, é insuficiente o número de instituições no Distrito Federal se considerada a totalidade de sua população idosa.

Lima (2011) avalia que as ILPIs do Distrito Federal têm atendido qualitativamente bem os idosos residentes, tanto as instituições privadas quanto as filantrópicas. Este resultado se deve, em grande parte, ao poder fiscalizador dos órgãos públicos. Entretanto, a autora acrescenta a necessidade de o poder público providenciar ao menos uma ILPI pública para cada região administrativa da região, seja na modalidade integral ou na modalidade centro-dia.

### **3.2 Política e caridade: os alicerces de uma ILPI filantrópica**

A Instituição de Longa Permanência *lócus* da pesquisa de campo desenvolvida nesse trabalho está localizada na Região Administrativa (RA)<sup>20</sup> do Núcleo Bandeirante, no Distrito Federal. A construção da instituição iniciou-se em 1977 e foi oficialmente inaugurada em 1980, desde então esteve comprometida com a religião/doutrina espírita kardecista. O fundador e também primeiro presidente da instituição é reconhecido pelos serviços prestados no campo assistencial e religioso, e teve carreira política consolidada no Distrito Federal. A íntima ligação com a religião foi detalhada no livro publicado<sup>21</sup> sobre o histórico da instituição - bem como de todo o Parque Assistencial que agrega outras

---

<sup>20</sup> As Regiões Administrativas (R.A's), também conhecidas como cidades-satélites, são subdivisões territoriais que formam o conjunto do Distrito Federal. Cada Região Administrativa é um centro urbano com sua administração regional própria e integrada ao governo do Distrito Federal.

<sup>21</sup> O referencial bibliográfico do livro não será citado no trabalho por motivos de sigilo, requisito este previamente acordado junto ao corpo administrativo da instituição para a execução desta pesquisa.

instituições<sup>22</sup> - de autoria do próprio mentor do projeto. Anterior à construção da instituição de acolhimento para idosos, foi instalado um centro espírita próximo ao local da instituição, onde sessões religiosas eram realizadas periodicamente; os integrantes do centro espírita colaboravam diretamente como voluntários em diversos trabalhos assistenciais.

A narrativa do livro perfaz o caminho histórico e contextual das origens e aspirações que conduziram a edificação das obras sociais, estas também compreendidas como benfeitorias espiritualmente “encomendadas” através de interlocução mediúnica. O autor descreve a relação amistosa mantida com o governador do Distrito Federal, à época, Elmo Serejo Farias<sup>23</sup>, que providenciou a doação de um terreno cuja área seria destinada à construção de um “lar dos velhinhos”, um termo empregado pelo próprio fundador da instituição. Optou-se por utilizar este mesmo termo ao longo do trabalho para referenciar a ILPI em destaque. Será uma espécie de pseudônimo atribuído em substituição ao nome real da instituição que deve permanecer em sigilo.

Os escritos do livro fazem recorrente alusão à intercessão espiritual empregada nas ações em defesa dos idosos na instituição e explicita o objetivo de ajudá-los perante a situação de abandono por familiares e a rejeição da sociedade. O apoio financeiro do Estado e a influência política do presidente/fundador foram imprescindíveis na construção e estruturação da entidade. No entanto, a descrição dos acordos estabelecidos com figuras representativas do poder público traduz claramente a informalidade do apoio. Relações pautadas na cordialidade conduziam os certames, ajustavam os impasses burocráticos antepostos ao planejamento da instituição, enfim, facilitavam os trâmites usualmente impostos aos cidadãos comuns. Abaixo segue um trecho do livro que ilustra o caráter informal dos certames:

*Chegado ao Palácio do Buriti me fiz anunciar, solicitando uma audiência com o Governador. Imediatamente fui atendido.*

*Carinhosamente o Governador me recebeu na porta de seu gabinete, como de costume, e me conduziu até sua mesa de trabalho. Uma vez sentados, começamos a conversar.*

*“Então, (nome), o que me conta de novo? Como vão suas atividades espirituais e assistenciais?” Perguntou o Dr. Elmo.*

---

<sup>22</sup> O Parque Assistencial se refere a um complexo de instituições de caráter assistencial. Estão associados a esse complexo, a ILPI filantrópica, uma ILPI privada, uma creche para crianças e um centro espírita.

<sup>23</sup> Elmo Serejo Farias foi nomeado governador do Distrito Federal pelo Presidente Ernesto Geisel, em 1974.

*Era a deixa que estava esperando, não me fiz de rogado e entrei direto no assunto:*

*- Governador, preciso de um terreno para construir um lar destinado a acolher velhos abandonados. Venho pedir-lhe, em nome da Alta Espiritualidade, uma área para tal fim, de preferência no Núcleo Bandeirante.*

*De muito bom humor, respondeu-me o Governador:*

*“Escolha onde você quiser e lhe mandarei entregar imediatamente a área pretendida”.*

A edificação da instituição ocorreu no final da década de 1970. Vale situar o contexto político, econômico e social do período marcado pela ditadura militar no Brasil. Mestriner (2008) elucida que o exercício do poder militar, concentrado no Poder Executivo Federal e totalmente centralizado, formava um Estado unitário e autoritário unido às forças econômicas dominantes. O direcionamento econômico reforçou o processo de internacionalização e aprofundou as relações do país com o capitalismo internacional, fomentando o processo de acumulação ampliada do capital. As metas econômicas lançadas pelos presidentes militares tiveram como prioridade acelerar o desenvolvimento e conter a inflação, enquanto isso, a classe trabalhadora assistia o achatamento salarial e a desigualdade social ascendia graus alarmantes. Ações assistenciais operavam no sentido de amenizar o estado de empobrecimento da população. Com a pobreza cada vez mais latente, intensificou-se a aliança com as elites para que se ampliassem as ações em termos de programas, serviços e benefícios. Acordos de parcerias, a priori firmados informalmente, foram posteriormente formalizados por meio de instrumentos jurídicos – convênios, acordos de cooperação mútua, etc. – incorporando a iniciativa privada. O Estado passou a assumir papel coadjuvante nessa empreitada assistencialista e, atuando indiretamente como colaborador, mantinha-se distante dos problemas sociais.

Novos organismos de assistência social alcançaram visibilidade, dentre elas, a Legião Brasileira de Assistência (LBA)<sup>24</sup> que ganhou destaque, obtendo crescimento e centralidade no governo federal. Mediante convênios, a LBA concedia subvenções às organizações sociais comprometidas com programas e projetos assistenciais (MESTRINER, 2008).

---

<sup>24</sup> A Legião Brasileira de Assistência (LBA) foi um órgão de assistência social criado em 1942, pela primeira-dama Darci Vargas. Em 1969 foi transformada em Fundação, agregada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social mantida com subvenções da União, estados e municípios; designada como pessoa jurídica de direito privado foi regida pelas normas orçamentárias da União (MESTRINER, 2008, p. 167).

No período de sua consolidação, a ILPI "lar dos idosos" passou a integrar o coletivo de entidades receptoras de recursos administrados pela LBA. Segundo o registro bibliográfico da instituição da pesquisa, o convênio permitiria uma gestão mais eficiente, desafogada dos reveses financeiros. O autor relata com detalhes o processo de aquisição do convênio:

*Procuramos, pois, carrear recursos externos para poder dar continuidade à nossa ação em prol dos anciãos. Era preciso reforçar nossas mínguadas finanças, posto não serem suficientes os cruzeiros amealhados graças à boa vontade de nossos irmãos e colaboradores voluntários. Assim pensando, buscamos entrar em contato com a Legião Brasileira de Assistência - LBA, com vistas à assinatura de convênio [...]. Recebido carinhosamente pelo velho amigo, relatei-lhe que havíamos encaminhado ofício a Dona L. L., propondo-lhe a assinatura de convênio [...]. E, com a graça de Deus, pudemos respirar aliviados. O convênio assinado permitiria atender aos 80 velhinhos com alguma folga [...]. O convênio nos tiraria do sufoco de estarmos sempre recorrendo à caridade pública, e aos recursos pessoais de cada um de nós membros da Diretoria.*

A expansão das organizações sociais pode soar como progressiva consolidação de um sistema de assistência social em meio a um cenário social devastador. Na verdade, apurados os fatos, o que se verifica é a tentativa do Estado em depositar na filantropia privada os programas assistenciais reafirmando a estratégia populista de aliança com a sociedade civil (MESTRINER, 2008, p. 170).

A responsabilidade do Estado com a assistência social é escamoteada na prática imediatista da benesse vinculada à religião e à caridade. Os "bem-aventurados" tutelados pelas organizações sociais dispostas ao exercício da generosidade e bondade humana são submetidos à escala seletiva, à concessão de favor, ao privilégio. Tal raciocínio paliativo de resolução dos problemas sociais situa os direitos sociais universais no escanteio das preocupações de ordem pública alargando, assim, os tentáculos da exclusão social.

Grande número de ILPIs surgiu e se consolidou com apoio das associações religiosas que ofertavam abrigo à população carente. Isto incentivou, inclusive, a denominação de muitos desses estabelecimentos como "abrigos", "lares" e "casas".

Das fissuras das políticas públicas emergem modalidades de apoio da sociedade vinculadas à filantropia e a religião, estas assumem as rédeas do assistencialismo e substituem princípios democráticos e universais. A filantropia surge na sociedade corolário

da ausência do suporte estatal, do vácuo das políticas, da inexistência dos meandros burocráticos.

A partir do referencial teórico de Mestriner (2008) sobre a relação entre a filantropia e a assistência social no Brasil, toma-se o conceito de filantropia na noção comum e difusa de amor pela humanidade, de gesto voluntarista, sem intenção de lucro; a preocupação com o desfavorecido e com o bem-estar público. São sinônimas das práticas de filantropia a assistência e a benemerência devido a dificuldade em distinguir as competências de cada uma, e ademais, estas práticas encobrem a responsabilidade pela desigualdade social enraizada.

Segundo a autora, ao não corresponder com designações relativas às atenções sociais, o Estado transfere para a sociedade funções e responsabilidades de seu domínio. Como estratégia, utiliza a manipulação de subsídios, subvenções e isenções estabelecidos por meio de convênios e atribuição de certificados ao formalizar relação de parceria ou de coprodução de serviços sob o financiamento estatal. A assistência social se coloca enquanto aparato estabilizador de tal estratégia, logo, transita constantemente entre o campo da solidariedade, da filantropia e da benemerência.

A partir da década de 1970 houve a expansão nas atividades associativas e de voluntariado. Hoje, adota-se uma nova composição, o chamado “terceiro setor”, calcado na reestruturação dos serviços de utilidade pública, não governamentais e não lucrativos, alternativos ao mercado e ao Estado. Estas atividades movimentam grande soma de valores e materiais procedentes de governos, empresas, igrejas, fundações, associações direcionadas às ações de caráter humanitário, de amparo e proteção aos segmentos socialmente desfavorecidos e ausentes do mercado de trabalho: idosos, gestantes, crianças, pessoas com deficiência (MESTRINER, 2008).

A política econômica conduzida pela agenda neoliberal abre flanco para a filantropia. Impulsionado pela tese neoliberal do Estado mínimo<sup>25</sup>, o corte de gastos com programas sociais ganha força, a política de austeridade incide sobre modo em medidas governamentais e novas propostas com base em iniciativas de cunho filantrópico e caritativo se destacam irremediavelmente. A privatização aparece como um dos vetores estruturantes das reformas de programas sociais alçadas pelos neoliberais. Neste sistema

---

<sup>25</sup> Draibe (1993) se refere ao Estado mínimo como “aquele que não intervém no livre jogo dos agentes econômicos” (p. 88). Esta concepção herda os fundamentos da corrente de pensamento político liberal.

privado de serviços, ancoram-se apenas os substratos sociais mais elevados (DRAIBE, 1993).

As experiências neoliberais nos países em desenvolvimento demonstram fracasso em ações pouco efetivas. O desmantelamento das políticas e serviços básicos, em confronto com o intenso aumento das demandas sociais, desdobra-se em situações de miséria e pobreza que atingem enormes contingentes populacionais ampliando problemas como drogadição, violência e criminalidade. A sociedade vê-se ameaçada em sua segurança e estabilidade política, daí engendram iniciativas e mobilizações no sentido de sua defesa (MESTRINER, 2008).

As organizações da sociedade civil podem cooperar com o Estado na elaboração, implementação e controle de políticas públicas versadas sobre a assistência social. Isto é possível quando esclarecidas as responsabilidades do Estado enquanto normatizador, coordenador e financiador da política. O fator complicador é a desobrigação do Estado e o esvaziamento de suas competências (MESTRINER, 2008). A substituição de políticas restringe o acesso de parte da população aos serviços à priori de natureza pública.

Nesta conjuntura, os serviços de cuidado também são alvos de restrições. A proposta neoliberal tende a devolver à família o papel de cuidador ou privatizá-lo, repassando ao setor privado a função, que por sua vez, é regido por interesses que esbarram na finalidade lucrativa.

### **3.3 A infraestrutura física do “lar dos velhinhos”**

A Instituição de Longa Permanência em foco nesta pesquisa apresenta uma estrutura institucional bastante sólida, alicerçada no voluntariado promovido pela sociedade civil, por empresas do ramo privado, pela iniciativa religiosa, assim como, pela rede de assistência social pública gerida pelo Estado. Após sua construção, alcançou-se certa estabilidade financeira e a corporificação organizacional administrativa.

Nos últimos anos o “lar dos velhinhos” ganhou notoriedade no Distrito Federal, obteve repercussão midiática positiva e tem recebido avaliação satisfatória dos órgãos fiscalizadores. Essa instituição representa um caso exitoso transformado em modelo exemplar de instituição, se comparado a outras instituições de natureza semelhante. Portanto, é importante frisar que esta ILPI destoa das condições e adversidades enfrentadas

por outras entidades do Distrito Federal e em outras regiões do país. Não podemos generalizar de modo precipitado as características nela apontadas, pois sua realidade exprime certas vantagens em relação às demais realidades institucionais. Sabe-se que muitas ILPIs ainda encontram obstáculos, sobretudo econômicos, que impedem melhorias em seus serviços e infraestrutura, ou que, por outro lado, não assumem o comprometimento com o cuidado integral dos idosos seja por negligência ou irresponsabilidade social.

Integrado ao quadro de instituições parceiras da SEDESTMIDH, o “lar dos velhinhos” mantém suas obrigações legais em conformidade com as exigências da Secretaria. Os critérios relativos às instalações e infraestrutura, número de funcionários, cuidadores, profissionais de saúde, a qualidade dos serviços são seguidos à risca sob a ameaça de desligamento do convênio.

A infraestrutura física do estabelecimento apresenta características semelhantes a uma residência comum. A área externa é preenchida por jardins, pequenos arbustos, árvores frutíferas, alguns bancos distribuídos por toda extensão do local. O panorama da organização espacial da instituição é formado por três principais pavilhões: o setor administrativo; os blocos de dormitórios e o bloco do dormitório dos dependentes. O setor administrativo constitui a secretaria, a contabilidade e o gabinete da direção. Também fazem parte deste prédio duas salas da equipe de apoio administrativo onde atuam os psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

O pavilhão residencial está dividido entre o Bloco “A” feminino e o Bloco “B” masculino. Cada bloco é composto por 19 dormitórios; uma sala de televisão; uma sala de repouso para os funcionários; uma rouparia e um almoxarifado. Os dormitórios são suítes compartilhadas entre duas pessoas. A mobília dos quartos é modesta, composta apenas por duas camas, um guarda-roupa e dois criados-mudos. Um espaço livre no centro do cômodo é priorizado para melhor mobilidade dos idosos, principalmente para os cadeirantes. As camas não são padronizadas; algumas são camas comuns, outras são macas hospitalares distribuídas conforme o grau de dependência e necessidade particular dos idosos. Alguns idosos têm seus pertences pessoais expostos no quarto, deixando a vista fotografias, livros, artigos religiosos, cosméticos, bibelôs, presentes recebidos pelos familiares, colchas e cobertores pessoais. Já outros, costumam manter os objetos dentro do guarda-roupa ou possuem poucos pertences de uso próprio. Foi possível observar que as mulheres tem

apreço maior pelos objetos pessoais, mantendo-os sempre próximos, seja no quarto ou nas áreas comuns da instituição. Algumas idosas têm autorização para criarem animais de estimação que perambulam pelos arredores das áreas comuns, e isso gera, inclusive, conflitos entre as residentes.

Além da preferência feminina em resguardar os bens, são os idosos com capacidades funcionais e cognitivas preservadas que geralmente portam acessórios de uso cotidiano, pertences que reavivam lembranças dos familiares e amigos, e objetos que reafirmam suas próprias identidades, subjetividades, gostos e preferências. Goffman (2015) afirma que os bens individuais tem uma relação com o eu. Trata-se de um “estojo de identidade” usado para se ter controle da aparência pessoal e da maneira de apresentar-se diante dos outros.

O pavilhão dos acamados, ou Bloco “C”, tem estrutura semelhante aos demais blocos, o que difere é o número de quartos disponíveis – nesta área concentram-se 12 quartos-suítes – a enfermaria e a farmácia, onde são manipulados os medicamentos. O bloco é dividido por um corredor que separa os quartos femininos e masculinos. Os quartos acomodam duas pessoas do mesmo sexo em situação de dependência e os banheiros são compartilhados entre dois quartos, servindo como divisória entre eles. Neste bloco, pertences pessoais dão lugar aos equipamentos de uso hospitalar. É raro encontrar objetos e utensílios se não apenas produtos básicos de higiene pessoal, manipulados pelos cuidadores no banho dos idosos.

Cada uma das alas conta com uma varanda, um espaço de socialização, onde os idosos passam as manhãs e tardes, recebem as visitas, interagem entre si. A varanda principal que liga os blocos A e B é o local de maior movimentação de idosos e visitantes ao longo do dia. Lá acontecem algumas atividades da programação semanal, como por exemplo, o jogo do bingo ou a visita de familiares e voluntários.

Outros prédios de menor porte servem como setores funcionais da instituição. A lavanderia, onde é realizado o serviço de limpeza das roupas de cama e vestuário dos idosos. A barbearia, onde são oferecidos serviços estéticos: corte e pintura de cabelo, barba, manicure. A biblioteca, onde são disponibilizados livros (a maioria dos livros são de conteúdo religioso) e computadores para o uso dos idosos. A sala da fisioterapia, local de tratamento de saúde. A sala de reuniões espíritas, para os encontros religiosos matinais aos domingos. O refeitório e a cozinha, recentemente reformados, partilham do mesmo prédio

e é o local de reunião para as refeições diárias, comemorações e festividades em geral. O almoxarifado, onde estão localizados equipamentos de manutenção das instalações, dentre outros produtos de reabastecimento da instituição. O “cantinho do idoso”, localizado na área exterior, onde está fixada uma horta orgânica para o cultivo de flores e hortaliças pelos próprios residentes. O fraldário, um local reservado para a produção manual de fraldas geriátricas descartáveis, trabalho esse realizado por voluntários da instituição. E a garagem, uma pequena área coberta no exterior dos prédios, reservada para atividades e eventos da ILPI.

Os residentes da instituição transitam principalmente pela varanda, espaço que interliga um bloco ao outro, esse é também o local onde vários cuidadores reúnem-se após cessarem as atividades no interior dos blocos. Vigilantes, eles atuam na observação constante dos idosos. Nos outros espaços da instituição, como por exemplo, a área externa dos jardins, é mais comum encontrar os idosos acompanhados das cuidadoras.

### **3.4 Gestão organizacional da ILPI**

A expressão “gestão organizacional” será aqui empregada em seu sentido estrito na pretensão de descrever e analisar elementos fundamentais que gerem a dinâmica e o funcionamento institucional.

O “lar dos velinhos” é uma instituição de longa permanência de natureza jurídica associativa de direito privado, sem fins lucrativos, de duração indeterminada. O Estatuto da instituição<sup>26</sup> regulamenta o seu funcionamento com relação aos representantes eleitos, as normas para a tomada de decisões, a distribuição dos poderes e as obrigações dos membros. O documento classifica três categorias de sócios: sócios fundadores, sócios contribuintes e sócios colaboradores; cada qual com suas obrigações prescritas. Há um conselho deliberativo composto por doze membros; a diretoria executiva é composta pelo presidente, vice-presidente, primeiro diretor secretário, segundo diretor secretário, primeiro diretor financeiro e segundo diretor financeiro.

As receitas da instituição são provenientes de doações, legados e contribuições; arrecadações oriundas de festas, bailes, bazares, almoços, jantares e demais eventos sociais e culturais; rendas em seu favor constituídas por terceiros; rendas decorrentes de

---

<sup>26</sup> O referido Estatuto teve sua redação aprovada em 2011 em substituição ao antigo estatuto promulgado à época de sua fundação. O documento engloba o complexo assistencial administrado pelo mesmo grupo.

convênios, contratos ou termo de parceria com organismos públicos e privados; usufrutos a ele conferidos; resultado de aplicação de seus recursos patrimoniais em bens móveis, imóveis, ações e títulos em geral; subvenções recebidas dos Poderes Públicos; e outras fontes de receita, legalmente permitidas.

O total do recurso repassado para a ILPI através da parceria pública com o GDF contabiliza o total de R\$ 205.584,83 mensais<sup>27</sup>. De acordo com a equipe de apoio administrativo, 94% desse valor são direcionados ao pagamento do quadro de funcionários e profissionais. Outra fonte de renda verte da contribuição de 70% da renda pessoal dos idosos derivadas dos benefícios e aposentadorias: 69 idosos recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC), 21 idosos recebem a aposentadoria, dois idosos têm direito a pensão por morte e dois idosos acessam o auxílio-doença<sup>28</sup>. Uma terceira fonte de renda é a apropriação dos lucros financeiros obtidos na Instituição de Longa Permanência de natureza privada também administrada pela direção do Parque Assistencial. Nessa instituição, os idosos efetuam o pagamento de mensalidades em valores superiores aos requeridos pelo “Iar dos Velinhos”. As arrecadações procedentes dos bazares, eventos e doações oferecem retorno econômico significativo para a quitação de despesas da entidade. Os gastos de maior relevância são o custeio do pessoal e os materiais de consumo.

A instituição “Iar dos Velinhos” tem capacidade para receber 94 idosos. No momento atual da pesquisa, estavam presentes 92 residentes<sup>29</sup>, sendo 47 homens e 45 mulheres. Na classificação de dependência/independência, que oscila entre os graus 1, 2 e 3, encontram-se 19 idosos que apresentam grau 1, isto é, são independentes, enquanto os outros 73 idosos são avaliados como dependentes, variando entre os graus 2 e 3 da classificação. Mais adiante será discutida esta classificação e suas implicações.

No Bloco A estão acomodadas 36 idosas mulheres; o Bloco B abriga 35 homens; e no Bloco C permanecem 21 idosos acamados, destes, 9 são mulheres e 12 são homens. Os cuidadores contratados nesta instituição somam o número de 40<sup>30</sup> e estão distribuídos entre os blocos.

---

<sup>27</sup> Esse valor foi informado pela gestora da SEDESTMIDH no mês de maio de 2018.

<sup>28</sup> Estes dados foram retirados da “Lista dos Idosos Beneficiários 2017”, documento fornecido pela equipe de apoio da ILPI.

<sup>29</sup> Duas vagas estavam abertas e em processo de avaliação para acolhimento de outros residentes na fila de espera.

<sup>30</sup> O documento onde consta o número total de cuidadores foi fornecido pelo setor da contabilidade e posteriormente averiguado pelo chefe da enfermagem da ILPI.

De acordo com a Portaria nº 38/2014 da SEDESTMIDH, que estabelece os parâmetros de conveniamento entre ILPIs e governo distrital, os serviços de Proteção Social Especial na modalidade de serviço de Acolhimento Institucional para Idosos em Abrigo Institucional exigem 20 cuidadores para cada 50 usuários sem deficiência; e 24 cuidadores para cada 50 usuários com deficiência. Aplicando os parâmetros sobre a realidade do “lar dos velhinhos”, espera-se a seguinte composição: para os 17 idosos independentes devem ser contratados 6 cuidadores; e para os 74 idosos dependentes serão necessários 36 cuidadores. A jornada de trabalho dos cuidadores é de 12 horas de trabalho para 36 horas consecutivas de descanso, ou a chamada escala “12x36”.

Existe um amplo quadro de funcionários que hoje assume o trabalho antes encarregado por voluntários. Além dos profissionais solicitados pela SEDESTMIDH – cuidadores, coordenador, auxiliares de cuidador, assistentes sociais, psicólogos, assistentes sociais e terapeuta ocupacional – também fazem parte da equipe: médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de cozinha, cozinheiros, auxiliares de serviços gerais e porteiros.

A equipe de apoio da ILPI empenha-se cotidianamente em oferecer atividades que estimulem a socialização dos idosos, o convívio com seus familiares e a participação em intervenções. Diariamente, visitantes e familiares têm livre acesso para visitas no horário vespertino de 13h30 as 16h30. Em horários alternativos a visita é permitida apenas mediante autorização antecipada da gestão administrativa. Diversas atividades de lazer são semanalmente programadas: passeios, sessões de cinema, jogos, danças, oficinas temáticas, exercícios físicos, festejos, boliche, feiras de artesanato, entre outras. Em geral, são os idosos independentes e semi dependentes que podem participar destas atividades por demandarem certa autonomia e capacidades físicas e mentais razoáveis. Estas atividades inclusive fortalecem e estimulam o funcionamento cognitivo ajudando a retardar possíveis perdas fisiológicas decorrentes da senilidade. Voluntários costumam acompanhar ou ajudar na organização das atividades. As ações voluntárias podem partir de pessoas comuns ou também chamadas de “voluntários avulsos” pela equipe de apoio, de organizações, entidades ou representantes de empresas privadas que auxiliam na promoção das atividades ou contribuindo financeiramente.

Além do voluntariado do tipo convencional, outro modo de intervenção comunitária sucedido nesta instituição são as visitas efetuadas por turmas de estudantes

universitários, via de regra, procedentes das faculdades de saúde. Esses estudantes, muitas vezes, objetivam a aplicação de entrevistas com os idosos para fins de pesquisa e para conhecerem de perto a realidade da institucionalização. Algumas universidades e escolas técnicas também formalizam vínculos mais íntimos com a ILPI, isto se dá na concretização de parcerias as quais permitem aos acadêmicos o cumprimento da prática de estágio obrigatório na contrapartida da oferta de serviços de cuidado e tratamentos de saúde gratuitos. Duas faculdades de fisioterapia e cursos técnicos de enfermagem atuam hoje como parceiras fixas da instituição, promovendo paralelamente uma espécie de trabalho voluntário.

O “lar dos velhinhos” é, portanto, uma instituição de fácil acesso para a comunidade civil, aberta a diferentes “modalidades” de voluntariado. Receptiva às distintas formas de apoio e auxílio, a administração vê com bons olhos a interação com variados seguimentos da sociedade e abre suas portas para tornar a instituição um “laboratório” de aprendizado e pesquisa.

Há controvérsias nesta perspectiva otimista da relação entre instituição e voluntariado, uma vez que se apercebe a dependência da ILPI frente às funções e atividades que os voluntários tomam como responsabilidade. O exemplo mais fiel dessa dependência é o trabalho desenvolvido pela equipe de fisioterapia. Conforme informou a Entrevistada F, fisioterapeuta e professora orientadora da disciplina de estágio dos estudantes do curso de fisioterapia, a prática ocorre ao longo de um semestre, e corresponde a disciplina de Saúde Pública aplicada à geriatria. Os estudantes colaboram no tratamento fisioterapêutico, prestam o serviço aplicando os conhecimentos adquiridos ao longo da formação, mantêm uma agenda de atendimentos, constroem um vínculo de confiança com os idosos, interam-se das especificidades de cada prontuário e da situação da doença. Contudo, este acompanhamento está condenado à duração de seis meses. Na sequência, outra turma assume as funções e inicia-se novamente o mesmo processo de adaptação entre os estudantes e os idosos. Mas o agravante nesta relação de dependência entre ILPI e voluntariado em sua face problemática é a interrupção do atendimento em períodos de recesso e de férias acadêmicas. O intervalo no tratamento dos idosos provoca regressão dos resultados obtidos no semestre anterior, em especial para aqueles que tiveram avanços significativos na recuperação:

*A gente tem muitas surpresas, né, mas quando não tem nenhuma intercorrência, nosso ganho é muito bom. Nós temos uma dificuldade, Stephanie, que é: ganhamos o semestre inteiro, agora em dezembro a gente vai entrar de férias e a gente só retorna no final de fevereiro. [...] Cada semestre são dez alunos em cada horário. Então tem essa dificuldade que a gente deixa a pessoa otimamente bem, e quando chega ele já regrediu (Entrevistada F).*

Como assinalado anteriormente, o profissional fisioterapeuta não foi incorporado à categoria SUAS de profissional obrigatório e, portanto, não tem o salário custeado pelo recurso da SEDESTMIDH. O psicólogo da ILPI também ressalta a importância desses especialistas e afirma que a parceria com as universidades e os estudantes da área tem suprido, por ora, a ausência de profissionais contratados. O desfalque da equipe de fisioterapia atinge a instituição entre os meses de dezembro a fevereiro, e durante o recesso universitário do mês de julho.

A equipe de fisioterapia está alocada em uma sala exclusiva da instituição que funciona como clínica. A sala oferece uma infraestrutura minimamente adequada para as atividades desempenhadas nos tratamentos oferecidos. Segundo o psicólogo (Entrevistado D), todo o setor foi montado com apoio de doações:

*O infravermelho, as macas, cama de massagem. Tudo o que a gente conseguiu foi doação. A gente não recebe nenhum recurso, vamos dizer específico do governo, para estar adquirindo esses materiais (Entrevistado D).*

E as doações não se limitam apenas aos equipamentos da fisioterapia. Os chamados dispositivos assistivos, (bengalas, cadeiras de rodas, óculos e muletas) também são cedidos por doadores. Diante da urgente necessidade de adquirir estes dispositivos específicos para um idoso em particular, a administração da ILPI recorre aos recursos financeiros pessoais ou solicita a ajuda familiar.

Os custos com a alimentação dos idosos e dos funcionários são elevados. Alguns produtos alimentícios são coletados diretamente com produtores da CEASA (Centrais de Abastecimento do Distrito Federal S/A) por meio de doações espontâneas. O “lar de velhinhos” está inscrito no programa “Banco de Alimentos da Ceasa - DF”, uma iniciativa que prevê o abastecimento complementar de entidades socioassistenciais do Distrito Federal. Com base em um levantamento realizado na instituição, o psicólogo cita alguns produtos e suas respectivas quantidades consumidas semanalmente:

*Por semana são consumidos 100 kg de carne moída, 50 kg de músculo, 120 kg de tomate, 80 kg de cebola, 20 caixas de banana. Por semana. 1500 pães, 12 kg de feijão por dia, 20 kg de arroz, leite são 70 litros por dia [...] (Entrevistado D).*

Outra espécie de insumos oriundos de doações são os medicamentos farmacêuticos. A ILPI conta hoje com parcerias de farmácias que reduzem os custos dos medicamentos ou que contribuem com doações. Medicamentos específicos são comprados com os recursos do idoso ou dos familiares. É o caso da entrevistada L, idosa residente da ILPI que durante a entrevista relatou sobre a prescrição de um medicamento importado e de alto custo. Recebendo apenas o valor do Benefício de Prestação Continuada (BPC) é inviável adquirir o medicamento com o próprio dinheiro. Nessa circunstância, recorre à única filha, cuja relação dramática e conflituosa mantida entre as duas causa-lhe a sensação de desconforto e constrangimento:

*Entrevistada L: Eu tomo muito remédio. Tem remédio que eu tomo que não é nem fabricado aqui no Brasil. É de fora. Do laboratório (nome). Não sei se é dos Estados Unidos, de onde que é. E é muito caro. Porque os remédios aqui eles dão pra gente, mas aqueles que faltam a família que tem que comprar.*

*Pesquisadora: e quem é que compra pra senhora?*

*Entrevistada L: a minha filha. Ela tira do... e isso é uma coisa que eu não queria fazer isso. Não queria mesmo depender dela, tirar dinheiro dela. Não queria, mas aí ó... o que tá acontecendo. Eu tenho salário, mas o salário apenas só da pra pagar o condomínio.*

Depender de recursos coletados em ações voluntárias é um risco para a ILPI, pois não existem garantias, comprometimento firmado entre as partes, não existe um elo fixo. A instituição fica a mercê de eventuais doações, sem garantias de recebê-las novamente. Alimentos e medicamentos são itens de alto consumo e por isso demandam políticas de concessão destes produtos. Igualmente, os idosos também estão expostos à situação de escassez e precisam lidar com o problema da falta de produtos básicos.

Empresas e órgãos públicos de grande porte também contribuem com eventuais doações porque, segundo o assistente social, as parcerias com estas instituições não são preestabelecidas. A Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Receita Federal, Polícia Militar e o Banco do Brasil foram alguns colaboradores citados.

Os voluntários “avulsos” podem ser classificados como permanentes e não permanentes. Partindo da assertiva da equipe de apoio administrativa, alguns voluntários

cooperam mais assiduamente que outros. Neste “ramo” de voluntariado fazem parte: equipe do fraldário dedicados à manufatura das fraldas descartáveis (a média de consumo de fraldas na ILPI equivale a 230 por dia); voluntários cabeleireiros e manicures que se reúnem em mutirão para prestarem serviços estéticos; voluntários que trabalham na confecção de bijuterias; voluntários “acompanhantes” nos passeios, jogos, leituras e conversas; voluntários que atuam do setor administrativo nos finais de semana; voluntários do Projeto Pet Amigo, grupo que frequenta a instituição com animais de estimação para interagirem com os idosos; entre outros. A maioria destes voluntários mencionados frequenta regularmente o “lar dos velinhos” desenvolvendo diversas ações encaradas pela instituição como importantes para a própria gestão institucional.

O depoimento de um dos voluntários “permanentes” da instituição mostrou algumas razões que impulsionam sujeitos comuns da sociedade civil a integrarem-se à lógica do voluntariado. Com 65 anos de idade, engenheiro de telecomunicações aposentado, o Entrevistado G revelou que há 10 anos presta serviços diversos aos idosos dessa mesma ILPI. O primeiro trabalho desenvolvido no “lar dos velinhos” foi como músico tecladista. Interessado em aplicar seus conhecimentos musicais, o voluntário instalava o instrumento na área externa da instituição animando as tardes de sábado com melodias agradáveis aos ouvidos dos residentes. Após aposentar-se, comparecia frequentemente auxiliando nos serviços gerais da entidade. Houve um tempo em que trabalhou como motorista ajudando em funções designadas aos funcionários. Todavia, seu propósito pessoal no serviço voluntário era, segundo ele, aprimorar o lado mais humano de suas relações através do contato com os idosos. Afirma que sempre foi “*muito cartesiano, muito militar*” e como forma de equilibrar aspectos de sua personalidade, passou a dedicar-se aos estudos de piano e mais tarde ao trabalho voluntário. Hoje, passa quase todas as tardes na ILPI dedicando-se à música, a conversas com os idosos e auxiliando alguns no manuseio dos computadores da biblioteca. Alguns idosos recorrem ao voluntário para auxiliá-los na comunicação com parentes, amigos, familiares e até para questões relacionadas à antiga vida profissional, por meio de redes sociais da *internet*. Adepto ao espiritismo, diz que a religião também estimulou a dedicação ao voluntariado:

*Mas e também a religião espírita me motivou a fazer um trabalho que, na verdade é chamado de caridade, mas acontece que a gente tem um retorno muito grande. Então, na verdade, talvez mais por egoísmo e mais pra gente do que praticar uma caridade, né. E a gente acaba com o*

*tempo se afeiçoando, assim, ao trabalho, aos idosos, tudo, então... tanto é que já estou esse tempo todo aqui* (Entrevistado G).

Melo (2018) chama a atenção para os aspectos híbridos contidos no voluntariado. Imbuído de dimensões instrumentais e substantivas indissociáveis à prática, o voluntariado possui sentido instrumental (e mercadológico) e ao mesmo tempo um compromisso significativo com a esfera pública e com as relações interpessoais humanizadas. A autora partilha do entendimento de que interesses egoísticos estão atrelados a certo altruísmo. O interesse e a motivação do voluntário estão restritos aos interesses pessoais e a edificação pessoal, no entanto, variando o tipo de trabalho desenvolvido, o produto final é a promoção do bem social exterior aos interesses individuais.

Há uma dimensão religiosa agregada à prática voluntária do Entrevistado G. Nas manhãs de domingo, a reunião espírita conta com a presença do voluntário e sua técnica instrumental. Mas antes da reunião, há um processo de “convencimento” dos idosos para participarem do encontro. O voluntário afirma certa resistência de alguns idosos:

*Agora, esse trabalho também, mudando um pouquinho de levar o pessoal lá pra reunião de domingo foi meio suado o negócio porque eles não queriam ir, não conheciam. O espiritismo é um negócio meio... pra muitas pessoas é um negócio, sei lá, perigoso, desconhecido, então causa uma certa... pé atrás, né. Então foi muito difícil levar alguns. Nesses dez anos alguns demoraram anos pra ir, depois foram, acabaram escutando as músicas, as palestras, e tal* (Entrevistado G).

O espiritismo é, até o momento, a única vertente religiosa e doutrinária praticada e difundida na instituição. A origem da ILPI esteve fundamentada nos preceitos da doutrina e manteve essa particularidade como eixo condutor das práticas e até mesmo do trabalho dos profissionais, cuidadores e voluntários: o princípio da benevolência.

O monopólio religioso gera controvérsias dentro da instituição. Para alguns idosos é visto como algo positivo que deveria ser ainda mais reforçado. Para outros, como é o caso da Entrevistada L da pesquisa e idosa residente, a “imposição” religiosa é desfavorável para aqueles que não comungam da mesma fé.

*A minha religião, a primeira era católica. Depois que eu vim pra Brasília, passado uns tempos também foi que eu comecei a frequentar a igreja evangélica. E passei pela religião evangélica. Mas agora eu moro aqui eu não posso ter religião nenhuma, ir em igreja nenhuma. Eles aqui são espíritas. Todos eles.* (Entrevistada L).

Quando questionada sobre a sua participação nos encontros espíritas do domingo, a idosa relata a tentativa de integrar o grupo, porém não assente certas “ritualísticas”.

*Eu fui uns dias. Uns domingos, eu fui, porque lá é só aos domingos. Mas meu coração não pediu pra aquilo. [...] Tudo bem, frequentei alguns dias e tudo, depois meu coração não pediu pra ir mais. Eles até perguntavam por que eu deixei de ir lá e tudo, e tal. E um dia eu falei “porque assim, assim, assim”. Meu coração não pede. E minha filha, tem um amigo nosso aí, ele trabalha aqui, o (nome do Entrevistado G) e ele é espírita. Ele insistiu pra mim frequentar a igreja lá pra agradar minha filha porque ela é espírita, né. Mas não deu certo. (Entrevistada L).*

Os residentes não têm acesso a outras vertentes religiosas, igrejas e cultos diversificados. A Entrevistada L alega que necessita “tomar uns passes” na igreja evangélica, ritual este que visa “solucionar” problemas espirituais. No entanto, não está autorizada a sair sozinha da ILPI e os únicos acompanhantes permitidos são os familiares, mas para a idosa essa alternativa é pouco viável devido às suas relações conflituosas.

Em conversa informal, o psicólogo da instituição levantou este ponto como uma das problemáticas acusadas, sobretudo, pelos órgãos fiscalizadores. A notificação dos fiscais foi no sentido da instituição conceder oportunidade aos idosos para cultuarem e praticarem a fé em religiões que não a espírita. O exercício dos cultos religiosos é um direito garantido constitucionalmente (art. 5º da CF/1988) e por isso deve ser resguardado. O psicólogo afirma estar em diálogo com os dirigentes da ILPI em vista da permissão para convidar pastores e padres para realizarem cultos no estabelecimento ou para facilitar a mobilidade dos idosos até às igrejas.

Esse aspecto retratado na instituição evidencia a homogeneização da vida cotidiana dos idosos em contradição à pluralidade das experiências do envelhecimento, dos sujeitos que residem no espaço. Segundo Faleiros (2011), relações de poder e saber permeiam as instituições de modo que se torna “patrulha ideológica da vida pessoal e social” (p. 33), e a autoridade profissional opera para colocar o sujeito na condição passiva; o sujeito quando em desacordo com as normas vigentes não acessa possíveis benefícios.

Por outro ângulo, pode-se inferir uma relação conflituosa entre os interesses da entidade filantrópica em preconizar a religião ou doutrina espírita em confronto com os princípios do Estado laico. Nesta relação, cabe ponderar sobre os limites do Estado no interior destas instituições e sua interferência na cultura organizacional da ILPI que inclui os valores, as crenças, os símbolos, os princípios por ela instaurados.

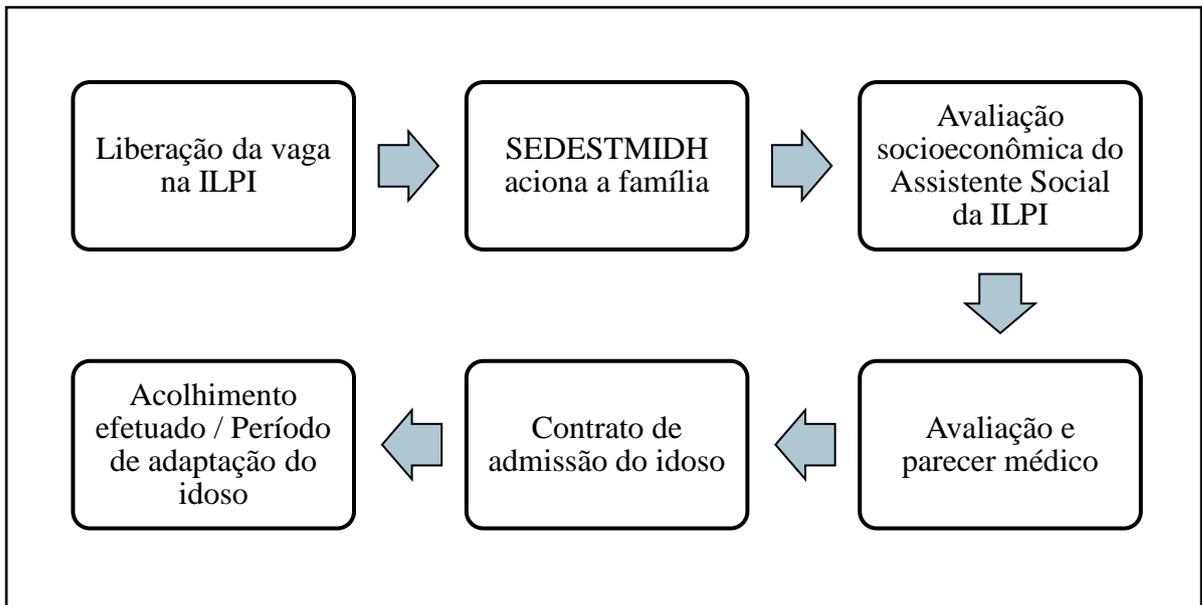
### **3.5 O processo de acolhimento institucional**

No capítulo anterior discutiu-se o percurso da política de proteção social, o processo de aquisição da vaga pela pessoa idosa usuária e sua demanda pela institucionalização. Neste momento, dar-se-á continuidade sobre o processo de acolhimento na instituição, este que concerne etapa posterior à liberação da vaga e subsequente mudança do idoso para a ILPI.

Logo após a liberação de uma vaga, a administração da ILPI aciona a gestora da SEDESTMIDH para que esta, por sua vez, entre em contato com a família do idoso em primeiro lugar na fila de espera. Confirmado o desejo da família e do idoso em seguir com o acolhimento, a gestora comunica a ILPI, para que esta entre em ação. É importante frisar que há casos de desistência da vaga ou, como já dito, o falecimento do idoso em virtude do longo tempo de espera.

Delega-se ao assistente social da instituição o procedimento de acolhimento da pessoa idosa. O profissional, mediante agendamento, realiza visita ao domicílio do solicitante e efetua a avaliação socioeconômica do idoso e da família. Em seguida, o idoso é encaminhado para a avaliação com o médico na instituição. A consulta médica serve para averiguar se a saúde do idoso segue os critérios para sua admissão. Isto inclui saber se o idoso apresenta doenças infectocontagiosas, altos graus de agressividade, se faz uso de sondas ou apresenta distúrbios psíquicos graves. Em resumo, é preciso avaliar se o novo residente apresenta um estado de saúde favorável ao convívio com os demais idosos. Na sequência, o assistente social redige o contrato de admissão e a ficha cadastral do idoso, e um representante legal, geralmente um familiar acompanhante, responsabiliza-se pela admissão do idoso na ILPI. Sem demora, as informações sobre o residente são repassadas aos demais setores para que um acompanhamento frente a esse processo inicial de acolhimento seja realizado no período de adaptação do idoso.

## Fluxograma 2 - Processo de Acolhimento Institucional



**Fonte:** Fluxograma elaborado pela pesquisadora com base nas informações obtidas na pesquisa de campo realizada durante o ano de 2017.

Goffman (2015) disserta sobre as características comuns identificadas na admissão dos internados em instituições totais. Ao chegar, o internado carrega consigo uma “cultura aparente” derivada do “mundo da família”, isto é, uma forma de vida aceita sem discussão até o momento da admissão institucional. Tem consigo a percepção bem definida sobre si mesmo, adquirida no mundo doméstico. Todavia, ao entrar na instituição, iniciam-se mudanças na “carreira moral”, nas crenças que tem a seu respeito e a respeito dos outros. Estas mudanças corroboram o processo de mortificação do eu, pois abrangem perdas de papéis sociais. O autor observou em seu estudo, o emprego de procedimentos da admissão: obtenção da história de vida e a fotografia do internado, averiguação do peso, colhimento da impressão digital, a enumeração como forma de identificação, recolhimento dos bens pessoais; entre outras práticas: despir, dar banho, distribuir roupas da instituição, orientar quanto às instruções, regras do local, designar os aposentos do internado. Goffman (2015, p. 26) sintetiza:

Os processos de admissão talvez pudessem ser denominados “arrumação” ou “programação”, pois, ao ser ‘enquadrado’, o novato admite ser conformato e codificado num objeto que pode ser colocado na máquina administrativa do estabelecimento, modelado suavemente pelas operações de rotina.

Adentrar a instituição significa tornar o idoso um novo residente, logo, um número a mais na contabilidade, um novo prontuário, um novo registro arquivado, uma soma na *per capita* recebida pela ILPI. O processo de admissão na instituição tem seu ponto de partida na primeira fase do pedido de acolhimento institucional assistido pelos agentes CREAS. Todo o percurso de avaliações e dilações até o deferimento oficial do acolhimento pode ser aqui considerado parte da admissão.

O contrato de admissão do “lar dos velhinhos” fornece dimensão dos deveres a serem cumpridos pelos idosos para sua permanência e vinculação ao estabelecimento podendo usufruir dos serviços por ele prestados:

- Respeitar os horários de silêncio que compreende o período das 22:00 às 06:00 horas.
- Respeitar os horários de refeições que são fornecidas em horários estabelecidos pela Instituição.
- Não guardar alimentos nem objetos perfuro-cortantes nos quartos e armários.
- Relatar à Administração qualquer forma de desrespeito, maus-tratos ou omissão que tenha sofrido por parte dos funcionários.
- É terminantemente proibido: Fumar nas dependências internas da Instituição, salvo nos locais designados.
- Caso o hóspede não esteja no domínio de suas faculdades mentais, responderá por este contrato o seu representa legal ou seu curador.
- Fornecimento de fraldas.  
(Informações retiradas do Contrato do residente, referente à Cláusula Sexta “Dos deveres do hóspede”).

Paralelamente, em contraponto, a ILPI concebe deveres e obrigações para com os residentes. O contrato prevê, por exemplo: manutenção dos padrões de habitação compatíveis com as necessidades dos idosos atendidos; provimento da higiene e alimentação regulares; atendimento de moradia digna; alimentação suficiente; instalações físicas adequadas; atendimento personalizado; diligência, no sentido de preservação dos vínculos familiares; etc.. Mas o que se deseja argumentar com relação à série de regras e normas colocadas aos idosos, é que a institucionalização exige a privação de determinados aspectos e liberdades da vida pessoal que, anteriores à mudança para a instituição, faziam parte do cotidiano comum. A transição para a instituição exige adequar-se a determinações pré-estabelecidas. O controle social é exercido no interior da instituição para seu real vigor

e manutenção, logo, relações de poder também se instalam entre “equipe dirigente” e “internados”. Faleiros (2011) defende que há um modelo industrial inserido nos setores institucionais. Os procedimentos burocráticos fixam um roteiro rígido de atuação, onde o planejamento e a programação permitem e obrigam o controle interno; e a disciplina passa a ser questão de competência, de avaliação e de eficácia (p. 35).

O psicólogo da instituição descreveu três reações distintas entre os idosos no processo de adaptação: para os idosos que chegam à ILPI em situação de demasiada fragilidade e vulnerabilidade social, a institucionalização é encarada como um lugar de conforto e amparo. Os idosos mais resistentes à mudança para a instituição em geral temem a perda dos vínculos familiares, acreditam que a instituição é um modo de reclusão e conseqüentemente levará ao rompimento dos laços afetivos construídos no mundo externo. E há aqueles que, por apresentarem déficits cognitivos resultantes dos processos demenciais, pouco compreendem sobre a realidade e a mudança para a ILPI. Diante desses casos, a equipe de apoio precisa orientar pacientemente o idoso para que possa situar-se no tempo e no espaço da instituição. Segundo o informante, esse tipo de adaptação tende a ser mais complicada que as demais.

Na entrevista com o psicólogo coube o questionamento frente às diferenças de gênero no estágio de adaptação. Reflexivo com a questão, o profissional respondeu que não percebe essa diferença e disse “*depende de cada caso*”. Beauvoir (1976), a partir das pesquisas realizadas com idosos franceses asilados, notou que o trauma psicológico é maior para as mulheres porque são mais apegadas ao lar, em comparação aos homens. A ameaça da perda dos laços familiares pode interferir no início da vivência institucional tornando-a mais penosa. Esta evidência não fora reportada pelo psicólogo, apesar disso, mereceria uma análise mais contundente para identificar aspectos disformes entre os gêneros.

A adaptação dos sujeitos ao ambiente institucional implica um processo conectado à sua existência material e subjetiva. A incorporação de novos modos de ser e agir na nova residência acompanha o aprendizado e o disciplinamento para uma boa conduta obediente ao regimento interno da instituição. Foucault (2007) sustenta que a disciplina fabrica corpos “dóceis” passíveis de controle, submissão e transformação. A disciplina está inscrita nos corpos, no tempo, na distribuição do espaço justaposto em função da vigilância permanente que opera como instrumento de controle.

Os registros continuamente produzidos sobre os idosos – também assimilados a “pacientes”, pela equipe profissional de saúde, são instrumentos de controle e vigilância e ainda, de produção do saber. Como já discorrido, a ILPI é reconhecida por ser um “laboratório” acessível para pesquisas, uma “escola” geradora de conhecimentos médicos. Na visão foucaultiana, a medicina configura um mecanismo de poder e controle, pois, concebida como saber, produz verdades assentadas no discurso: o discurso biomédico. As relações de poder somente se estabelecem a partir da acumulação, circulação e funcionamento do discurso. A existência do poder está conectada a produção da verdade. Foucault assinala uma precaução metodológica a ser ponderada: o poder não se traduz em fenômeno de dominação homogêneo de um indivíduo sobre os outros ou de um grupo sobre os outros, mas precisa ser analisado como algo em constante circulação (FOUCAULT, 2017, p. 284).

A distribuição espacial da instituição e sua organização funcional dão indícios dos dispositivos de vigilância instaurados ainda que despretensiosamente. A separação dos residentes embasada na classificação de dependência e de sexo, a distribuição da quantidade de profissionais para cada pavilhão, a distribuição dos quartos coletivos, o armazenamento dos utensílios médicos, a vigilância dos idosos pelos cuidadores acionada periodicamente são alguns sinais que indicam o uso de dispositivos disciplinares dos corpos envelhecidos ali presentes. Foucault (2007, p. 124) afirma:

Pouco a pouco um espaço administrativo e político se articula em espaço terapêutico; tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes; constitui um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas. Nasce da disciplina um espaço útil do ponto de vista médico.

Todo o trâmite percorrido pela pessoa idosa para a conquista de uma vaga na instituição é a priori avaliada por um conjunto de especialistas legitimamente capacitados a permitirem ou não o acolhimento. Os procedimentos classificatórios iniciados desde a primeira etapa centrada na intervenção do CREAS, posteriormente, as etapas de avaliação do caso, do histórico de vida, da classificação de urgência, da avaliação médica, da classificação de dependência funcional, etc., estão alinhados a uma lógica de assistência mediante o controle da saúde e de corpos “excedentes” dos mais pobres.

No capítulo seguinte serão abordadas as dimensões do cuidado institucional e os sujeitos envolvidos nas relações acarretadas pelo cuidado. O plano operacional do cuidado,

também parte do aparato organizacional da entidade, produz subjetividades, aspectos morais e relações de poder. Em torno destas particularidades e dos liames da dinamicidade institucional, dá-se a materialização da política de proteção social.

#### 4 A DINÂMICA INSTITUCIONAL DO CUIDADO

No nível micro da análise sociológica, voltam-se os olhares para a dinâmica interna das atividades do cuidado e das relações sociais entre os sujeitos protagonistas do cuidado: os cuidadores e os idosos dependentes de cuidados inseridos na Instituição de Longa Permanência.

Uma equipe multidisciplinar de profissionais especializados e preparados atuam engajados em atender as demandas dos residentes, em acompanhar, medicar, preparar a alimentação, higienizar o ambiente, proporcionar tratamentos de saúde adequados. Todos os profissionais da ILPI estão envolvidos direta ou indiretamente com o trabalho do cuidado. Todavia, são os cuidadores que mantêm o contato mais próximo dos idosos no cotidiano, na vida íntima. Esses funcionários conhecem cada um dos residentes, as suas histórias pessoais, os problemas de saúde, os hábitos e preferências. Embora não precisem ou não possam cumprir os papéis destinados aos profissionais de saúde ou ao psicólogo, os cuidadores conhecem os prontuários e lidam com situações adversas de ansiedade, depressão, crises emocionais. Diante de situações mais complexas onde as competências são limitadas e não permitem o desempenho de alguma função, os cuidadores muitas vezes são o canal mediador da relação entre o idoso e os demais especialistas.

Para entender de que forma as políticas se materializam no interior das ILPIs, é preciso explorar as miudezas contidas no próprio trabalho do cuidado, trazer à luz as suas condições e sistematizações, os seus efeitos, exhibir os meandros sinuosos entre os pressupostos e as ações pragmáticas. Soria Batista e Araújo (2011) sugerem uma análise sociológica das atividades do cuidado das pessoas idosas a partir do seguinte ponto de vista: “É necessário entender a natureza do trabalho do cuidado, através de suas rotinas diárias, da sociabilidade das cuidadoras, das relações entre as cuidadoras e as pessoas idosas, e entre as cuidadoras e os familiares das pessoas institucionalizadas.” (p. 177). Essa proposta inspira-nos na análise acerca do trabalho de cuidado realizado no “lar dos velhinhos” com os idosos em situação de dependência funcional.

De início, serão apresentados os perfis sociodemográficos dos grupos de idosos (Apêndice 3) e dos cuidadores (Apêndice 4). O recolhimento das informações pessoais dos idosos e cuidadores foi efetuado tendo em vista os registros oficiais fornecidos pela equipe

de apoio da instituição e do pessoal da administração. Os dados coletados foram sistematizados em planilhas para posterior análise.

Os registros dos idosos estavam localizados na sala da Equipe de Apoio, em pastas individuais organizadas em ordem alfabética e continha, em cada uma delas, os documentos: ficha cadastral, histórico, cópias de documentos pessoais, etc. Foram analisadas 89 pastas dos residentes<sup>31</sup>. Quanto às informações referentes aos cuidadores, foi possível ter acesso a partir do documento “Registro de Empregados” atualizado no mês de setembro de 2017 fornecido pelo setor financeiro da ILPI. O Registro continha informações de todos os funcionários lotados nas instituições agregadas ao Parque Assistencial. Para fins de pesquisa, foram selecionados somente os funcionários escalados e atuantes na ILPI “lar dos velhinhos”.

#### **4.1 Os protagonistas do cuidado institucional**

Entre os 92 residentes do “lar dos velhinhos”, há uma proporção maior de homens, embora não seja significativa a diferença entre os sexos. A média de idade equivale aos 78 anos, porém se cotejadas as diferenças de gênero por faixa etária, a quantidade de mulheres com idade mais avançada é superior a dos homens. Enquanto a maior quantidade de homens pertence a faixa etária dos 71 a 81 anos, a maior parcela de mulheres tem entre 81 e 91 anos. Destes idosos, 56 são solteiros; entre as pessoas viúvas, sobressai o número de 12 mulheres e de 04 homens. São 47 residentes naturais dos estados da região nordestina. Os números de filhos variam entre um e três, no entanto, destaca-se o número de 40 residentes sem filhos. Em relação aos níveis de alfabetização, 46 são alfabetizados, e entre os declarados não alfabetizados, 20 são mulheres e 13 são homens, o que significa que os homens apresentam nível de alfabetização superior ao das mulheres.

Quanto ao nível de dependência – cuja variação concorre entre os graus 1 a 3 – classificam-se 18 idosos no grau 1, enquanto 40 estão em grau 2; e 30 já atingem o grau 3. Os idosos considerados dependentes funcionais não necessariamente estão alocados no Bloco C dos acamados. Para esta ILPI, o critério de divisão dos aposentos dos idosos está na capacidade de execução das AVD’s. Um idoso cadeirante, por exemplo, pode permanecer no Bloco A ou B (conforme o sexo) caso consiga realizar outras atividades se

---

<sup>31</sup> O armário de registros continha apenas esse número de pastas com informações pessoais de cada residente.

não aquelas que dependem da locomoção. Do mesmo modo, o grau de dependência dos idosos do Bloco C pode oscilar entre os graus 2 e 3.

Os idosos dependentes e acamados do Bloco C contabilizam 21 residentes, sendo 9 mulheres e 12 homens. Seguindo características semelhantes ao perfil geral dos idosos, a média de idade das mulheres é 85 anos e dos homens, 82 anos. Entre esses idosos, 11 são alfabetizados: 4 mulheres e 7 homens.

A predominância masculina nesta ILPI contradiz alguns estudos sobre a institucionalização dos idosos (HERÉDIA; CORTELETTI; CASARA, 2004; IPEA, 2008) cujos resultados constataram o maior ingresso feminino nas ILPIs. Conforme exposto pela gestora da SEDESTMIDH e também apurado em alguns relatos dos profissionais da instituição e nos documentos analisados, os motivos que levam a incidência de homens na instituição refletem o histórico de vida, que quase sempre se repete: homens que “abandonaram” a esposa e os filhos e que diante dos percalços da velhice, não tiveram cuidadores familiares à disposição. Quanto às mulheres, muitas não tiveram filhos, e por isso recorreram à institucionalização. De fato, nesta ILPI, o número de mulheres sem filhos sobressai ao número de homens que viveram a experiência da paternidade. Já a idade avançada das mulheres evidencia o que é previsto nas estatísticas: a feminização da velhice. As mulheres vivem mais, porém, em condições socioeconômicas desfavoráveis, isto pode ser indicado na variável referente ao nível de escolaridade que demonstra a proporção superior de mulheres não alfabetizadas. O estudo do Observatório Brasil da Desigualdade (BANDEIRA; MELO; PINHEIRO, 2009) pondera a realidade do analfabetismo entre os idosos. A média de anos de estudo dos homens corresponde a 4,3 frente a 3,9 anos das mulheres. O analfabetismo atingiu as mulheres dessa geração principalmente porque ainda estavam resignadas à esfera doméstica, impedidas do acesso à educação e ao mercado de trabalho. O analfabetismo pressupõe condições econômicas e sociais precárias às mulheres, especialmente quando viúvas ou solteiras.

De modo geral, constatou-se que os residentes da ILPI são oriundos de classes sociais menos favorecidas ou sem vínculos familiares, e encontraram na instituição a moradia e os cuidados necessários nesse período mais frágil da vida. As mulheres residem por um período mais longo na instituição, vide as suas idades mais avançadas.

Para todos esses idosos há um total de 40 cuidadores, todos legalmente registrados. Entre eles, 32 são mulheres e 8 homens com idade entre 21 e 63 anos. Em relação ao

estado civil dos cuidadores, 21 são solteiros e 16 são casados. As cuidadoras residem em diferentes Regiões Administrativas (RA's) do Distrito Federal, com número maior de residentes no Recanto das Emas e Samambaia. No que refere ao grau de instrução, 32 cuidadores têm o Ensino Médio completo. A média de tempo (em anos) trabalhado na ILPI é de cinco anos, no entanto, alguns cuidadores ultrapassam dez anos. O valor mensal do salário recebido pelos cuidadores é de R\$ 1.360,00.

Em função da remuneração, alguns cuidadores dedicam-se a outras ocupações laborais no intervalo interjornada da ILPI como forma de assegurar outras fontes de renda. Alguns investem no nível superior almejando uma situação econômica mais estável.

Para as mulheres cuidadoras, registrou-se que, além do trabalho com os idosos na ILPI, elas são responsáveis pelas tarefas doméstico-familiares, pelo cuidado dos filhos e dos pais idosos, prestam serviços de empregadas domésticas em outros domicílios e frequentam a faculdade. Vale sublinhar a confusa distinção entre o trabalho doméstico e trabalho do cuidado, do ponto de vista destas mulheres. Uma linha tênue cruza essas duas atividades oriundas da esfera privada e da socialização feminina. A assimilação entre as duas tarefas incorre da competência destinada a elas de executarem ambos os trabalhos. No que concerne aos homens, além do trabalho na ILPI, constatamos o exercício de atividades de vendedor informal, fotógrafo, e formação em curso superior.

Afere-se, portanto, que alguns cuidadores desta ILPI submetidos às doze horas de trabalho contínuo, não exercem plenamente o descanso compensatório de 36 horas arrematado pela instituição. A baixa remuneração exige o complemento orçamentário na renda durante o horário de folga, em atividades informais. Esta dupla - no caso das mulheres, tripla - jornada, pode prejudicar a rotina do trabalho de cuidado cujo esforço físico e mental é desgastante.

A prática do cuidado institucional é efeito do que Soria Batista e Araújo (2011) compreendem como o processo de “mercantilização da vida íntima”, ou seja, o cuidado de pessoas idosas realizado em instituições de longa permanência em troca de um salário.

No Brasil, a mercantilização do trabalho do cuidado teve início na década de 1990. Um trabalho antes promovido pelas mulheres no ambiente doméstico passou a ser trabalho profissional remunerado e público na categoria denominada “cuidadora”. A mercantilização do trabalho feminino somada à redução do número de filhos e o contingente cada vez maior de idosos dependentes, tornou o domicílio uma unidade

produtora de serviço de cuidado protagonizado por domésticas e cuidadoras (GUIMARÃES, 2016).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2007 ilustra a disparidade de gênero na distribuição do trabalho do cuidado no Brasil: dentre os 6,3 milhões de empregados domésticos mensalistas e diaristas, apenas 400 mil eram do sexo masculino (GUIMARÃES; HIRATA; SUGITA, 2011). Trata-se, portanto, de um trabalho essencialmente feminino se julgado a partir da divisão sexual do trabalho.

As categorias profissionais ocupadas por mulheres são, em grande parte, categorias de baixo prestígio, que não exigem qualificações e por isso oferecem baixos salários e condições precárias de trabalho (SOARES, 2016). O trabalho do cuidador compõe esse rol de profissões pouco valorizadas, não regulamentadas, sem proteção formal. Ainda com base nos dados da PNAD 2007, observou-se que 24% das cuidadoras exerciam o trabalho com carteira assinada; a baixa escolaridade caracteriza fator predominante: 63% das trabalhadoras tem apenas ensino fundamental; e 66% ganham até um salário mínimo (GUIMARÃES; HIRATA; SUGITA, 2011).

Os cuidadores entrevistados no “lar dos idosos” cursaram o ensino médio completo e possuem o certificado de cuidador de idosos, requisito para assumirem o cargo na ILPI. Todos realizaram curso de formação para cuidador em uma instituição de ensino privada, cumprindo carga horária entre 6 horas a 144 horas, com conteúdos teóricos. A maioria realizou cursos à distância (*online*) com emissão de certificados pela *internet*. A experiência prática do cuidado foi obtida no exercício do trabalho, quando contratados pela instituição ou em outro estabelecimento. Apenas uma cuidadora entrevistada afirma cursar o ensino superior e um cuidador está finalizando um curso para técnico de enfermagem.

Poucos incentivos oriundos do poder público para promover a escolaridade e qualificação para o trabalho do cuidado ainda restringem a ampliação de oferta deste tipo de serviço. Os cursos de qualificação para cuidadores de idosos são, em geral, pagos e com carga horária de curta duração, podendo interferir na formação teórica e prática e na apreensão dos conteúdos. A formação da atividade de cuidador não inclui um diploma sancionado pelo Estado. No Brasil, o único curso universitário (com duração de um ano) é ofertado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (GUIMARÃES; HIRATA; SUGITA, 2011). A carência de uma formação de qualidade para aqueles que desejam atuar na atividade de cuidado representa um risco para os dependentes de

cuidados. Além disso, a ausência de uma legislação que formalize a profissão do cuidador mantém esses trabalhadores invisibilizados, reféns de condições de trabalho precárias, baixos salários e vulneráveis a diversas formas de exploração de trabalho.

## 4.2 A rotina de trabalho dos cuidadores

O ofício do cuidador de idosos na ILPI é orientado por uma “rotina de cuidados”, ou seja, uma lista de tarefas sistematicamente definidas para auxiliar os idosos na execução das atividades da vida diária. A lista está exposta nos pavilhões dos dormitórios e constam tarefas sequencialmente ordenadas por horários cumpridos diariamente. O acesso a lista (Anexo III), a observação de campo e as entrevistas facilitaram o entendimento da organização laboral.

A rotina de trabalho divide-se em dois turnos – diurno e noturno – cada qual com sua respectiva série de ações. Analisando a lista e observando o cotidiano da instituição, ficou evidente o *modus operandi* do trabalho do cuidado e a vivência dos idosos no ambiente institucional conduzida por determinações médicas bastante específicas e ajustadas às atividades programadas pelos dirigentes da instituição.

O trabalho da equipe de cuidadores inicia-se às 06h30 da manhã. O desjejum dos idosos está marcado para as 7 horas e é distribuído nos quartos dos idosos dependentes ou servido na área comum externa para aqueles que podem deslocar-se. Após o término do café, os utensílios são recolhidos e reconduzidos à cozinha. Em seguida, é realizada a higiene oral. Na sequência, os cuidadores preparam-se para o banho dos idosos. Vestem os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) – botas, luvas e avental – e dirigem-se aos blocos carregando os *hampers* – suporte onde são depositados os artigos de uso pessoal dos idosos, tais como os lençóis de cama e as roupas sujas.

Às 8 horas inicia-se o banho, sendo ele classificado em dois gêneros: o banho de aspersão (no chuveiro), ou o banho no leito (quando o idoso não pode ser removido do leito para o chuveiro) conforme o grau de dependência. Após o banho, os idosos são encaminhados para os quartos ou para a área externa, onde é servido o lanche às 10 horas. Às 11 horas, as cuidadoras já estão com os carrinhos de comida a postos para iniciarem a distribuição dos almoços nos quartos ou na área externa. Para os idosos debilitados, faz-se necessário o auxílio na ingestão da refeição, diferente dos independentes ou

semidependentes que se dirigem ao refeitório e almoçam coletivamente. Na sequência, é realizada a higiene bucal ou das próteses dentárias, a limpeza dos babadores, o retorno dos idosos aos seus quartos ou a condução para as salas de televisão ou área externa, onde permanecem ao longo da tarde. Periodicamente, os cuidadores oferecem ingestão hídrica, mudam os idosos de posição e estão sempre atentos aos seus chamados. O tempo de almoço dos cuidadores é de uma hora, sendo necessário revezamento entre grupos para que não se ausentem todos de uma só vez. Após o horário de almoço, inicia-se a preparação do lanche dos residentes que será distribuído às 14 horas. Esse é o horário das visitas de familiares ou voluntários. Às 15h30, duplas de cuidadores realizam a trocas de fraldas, a ingestão hídrica novamente e a ronda nos blocos, onde são observadas demandas particulares. Entre às 15 horas e 15h30 os cuidadores revezam de 10 a 15 minutos de folga para irem ao banheiro e se alimentarem. Às 16 horas os idosos que se encontram na área externa são reconduzidos aos quartos para a próxima troca de fraldas e o preparo dos idosos para se deitarem. Às 17 horas o carrinho das refeições é preparado outra vez para o jantar. A alimentação é oferecida para cada um dos idosos já recolhidos em seus aposentos. Ao finalizarem, os cuidadores preparam os idosos para o próximo plantão, colocando-os na cama, em posição confortável, e em seguida efetuam outra ronda pelos corredores para averiguarem possíveis problemas ou demandas. Encerra-se o turno às 18h30, quando os cuidadores diurnos transferem as atividades para os cuidadores noturnos.

A rotina noturna<sup>32</sup> inicia-se às 18h25 e segue até as 6h25 da manhã. Neste ínterim, são executadas as funções de ingestão hídrica, a ceia, realização da higiene oral noturna, a troca de fraldas, o estímulo do repouso dos idosos, o descanso dos cuidadores, anotações dos procedimentos realizados, banhos em casos críticos ou de extrema necessidade, mudança de decúbito dos idosos. A atividade mais presente na lista da rotina noturna é a chamada “ronda” nos corredores dos blocos, isto é, a inspeção e vigilância periódica dos idosos.

A dinâmica institucional do cuidado opera em conformidade com a rotina de cuidados implementada pela equipe dirigente da ILPI. É com base nessa metodização das ações do cuidado que a vida na instituição flui cotidianamente, tanto para a administração e seu quadro de funcionários e profissionais, quanto para os idosos residentes.

---

<sup>32</sup> Não foi possível acompanhar a rotina noturna, mas tomamos nota a partir da descrição contida na lista de rotinas de cuidado que se encontra no anexo II da dissertação.

A mercantilização do cuidado exigiu dessa atividade o rigor e a racionalização de suas técnicas. Uma atividade antes realizada no âmbito doméstico, de vocação feminina e de fazer intuitivo, foi categoricamente depurada, instruída pelo saber médico e pelo rigor científico. A aplicação de uma lógica Taylorista pautada em princípios de eficiência laboral de produção e rendimentos, reelaborou um novo processo de otimização do trabalho neutralizando as disposições informais, improvisadas e subjetivas antes cabíveis à atividade.

Segundo Soria Batista e Araújo (2015), a ordem do trabalho de cuidado taylorizada nas instituições manifesta-se nas rotinas dos horários impostos, na polivalência dos funcionários, no número reduzido de trabalhadores alocados. Essa ordem do trabalho impõe etapas, fluxos, atividades e cadências dentro dos fundamentos da racionalização introduzidos na imaterialidade afetiva e moral dos cuidados. Essa racionalização molda e impõe limitações que, paradoxalmente, ameaçam a realização do cuidado (p. 186). Ainda segundo essas autoras, as rotinas de cuidado que incluem dar banho, alimentar, trocar as fraldas, vestir, entre outras, transcorrem como fluxos taylorizados que exigem dos cuidadores a economia de tempo e movimentos, afetando o estado emocional do trabalhador e da pessoa idosa, e, por consequência, a qualidade do serviço do cuidado.

A temporalidade impera na vida institucional. Embora os cuidadores estejam reféns da fragmentação do tempo contabilizado para o desempenho de suas tarefas, são os residentes os alvos prioritários dos arranjos organizacionais. O delineamento das práticas, dos comportamentos, dos modos de ser e agir no tempo e no espaço da ILPI é determinado pela equipe dirigente, e ainda, pelo quadro de profissionais da saúde, cuja competência e especialização fornecem a legitimidade para ordenar e regulamentar a vida particular de cada residente institucionalizado. No entanto, o contexto institucional abarca um número significativo de pessoas compartilhando o mesmo ambiente, recebendo a atenção e os serviços efetuados pelos mesmos funcionários, estes geralmente em número reduzido. A gestão da vida privada neste contexto coletivo só é viável, do ponto de vista político e administrativo, a partir da regulamentação da rotina, da padronização do tratamento fornecido pela equipe de profissionais e da homogeneização do processo de envelhecimento.

A medicalização da vida é um componente fundamental na arregimentação organizacional da ILPI. A saúde das pessoas idosas prevalece entre os serviços dispostos.

As regras, normas e toda a gestão organizacional estão ancoradas em aspectos relacionados à saúde destas pessoas, seja para a prevenção, tratamento ou a cura de doenças. A equipe de profissionais da instituição aparece, portanto, como administradora da saúde dos idosos, sobretudo dos idosos com elevado nível de dependência.

Foucault (2017; 2007) afirma que a medicina exerce poder político através do seu discurso considerado legítimo para falar do corpo, este por sua vez, objeto e alvo de poder. O discurso médico prescreve os horários de alimentação, do banho, determina os alimentos a serem ingeridos, os exercícios que podem ser praticados, o que pode ser consumido, as atividades de lazer permitidas, enfim, o que pode ou não pode ser realizado para o bem-estar e saúde individual e coletiva. A medicina produz a disciplina, essencial para o ordenamento das instituições e seu pleno funcionamento. É a partir da disciplina que os corpos institucionalizados metamorfoseiam-se em corpos “dóceis” suscetíveis à manipulação e submetidos ao controle (FOUCAULT, 2007).

Submeter os sujeitos aos preceitos da ILPI, à temporalidade coletiva e à execução de uma rotina única e pré-estabelecida, é parte do processo de “mortificação do eu” reconhecido por Goffman (2015). Ao se depararem com o cotidiano do estabelecimento, percebem uma série de restrições incompatíveis com hábitos e costumes apreendidos culturalmente na vida externa à instituição. Para adaptar-se a nova rotina é preciso aceitar os regulamentos impostos aderindo as convenções do local e rendendo-se ao aprendizado de novos modos de ser e agir permitidos.

A fim de ilustrar este argumento, cabe expor um registro da pesquisa de campo. No relatório informativo anexado à ficha cadastral de um dos residentes em situação de dependência funcional, constava uma espécie de advertência referente a comportamentos “desajustados” do idoso. A primeira reclamação diz respeito às “coisas excedentes e fora do padrão” que o idoso costuma manter no quarto: livros, mesas e uma estante de madeira. Segundo o redator do relatório, esses pertences não podem ser acumulados nos quartos, pois contrariam exigências da vigilância sanitária. O idoso também foi acusado de receber visitas com demasiada frequência, ultrapassando horários estipulados pela instituição e insistindo para que os visitantes permaneçam no local por tempo estendido. Insiste em receber os visitantes no quarto com a porta fechada. Exige que compras sejam feitas pelos funcionários fora do horário e armazena os alimentos no quarto. O idoso não obedece as orientações da equipe de enfermagem quando solicita mudanças de decúbito e não raras

vezes demonstra grosseria e descontentamento quando abordado por funcionários. Por fim, reclama dos horários rotineiros da instituição: “que o café é cedo, que acorda cedo, se alimenta cedo, dorme cedo”. Os funcionários ouvem reclamações de outros residentes alegando que esse idoso tem tido certas vantagens diferenciadas perante os demais.

O sujeito na condição de internado está em monitoramento contínuo e é alvo constante da pressão de julgamentos oficiais e da coerção (GOFFMAN, 2015). Na ILPI, a coerção não se assimila a um modelo explícito de ataques vexatórios ou atitudes drásticas de violência física e humilhações sofridas pelos internados aos quais Goffman (2015) refere-se ao descrever o processo de mortificação do eu empregado em determinadas instituições totais. Os moldes coercitivos característicos das ILPIs condizem com a sutileza da subordinação e regras implementadas a partir de justificativas pautadas na legalidade e no saber médico. Faleiros (2011) afirma que a coerção institucional pode ser exercida de forma “social, moral e psicológica, utilizando as pressões decorrentes da situação de autoridade, disciplina e conhecimento” (p. 32). O ritmo temporal opera coercitivamente como mecanismo disciplinador, ou como assimila Foucault (2007), de “adestramento”:

O poder disciplinar é com efeito um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior “adestrar”; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor. Ele não amarra as forças para reduzi-las; procura ligá-las para multiplicá-las e utilizá-las num todo (FOUCAULT, 2007, p. 143).

O controle e a disciplina instituídos no “lar dos velhinhos” imperam de modo discreto, nas entrelinhas documentais e no saber médico seguido à risca. Para residir na instituição é preciso abdicar de certos aspectos que compõem a existência particular, íntima para ajustar-se aos mecanismos disciplinadores. Essa decisão, que pode ou não ser tomada pelos idosos, coloca novamente em risco a concepção heterogênea da velhice ao não relevar as diferenças de gênero, de classe, raça e etnia, pois não há espaço para as multiplicidades.

### **4.3 Dimensões pragmáticas e subjetivas do trabalho do cuidado**

Um recorte mais específico focalizado na atividade do cuidado será explicitado neste tópico para a discussão de evidências encontradas na pesquisa e que esboçam as

dimensões pragmáticas e subjetivas do cuidado introduzidas na relação entre cuidadores e idosos em situação de dependência funcional.

Os relatos de campo das atividades de alimentação e o banho dos idosos foram registrados no diário de campo para posterior análise. A observação participante na execução de ambas as tarefas de cuidado permitiu-nos desvelar empiricamente o *savoir-faire* dos cuidadores de idosos da instituição de longa permanência em evidência neste estudo.

### *O café da manhã*

*É uma quarta-feira do mês de outubro. Chego à instituição no horário das 06h30 da manhã para observar e acompanhar a rotina matutina dos idosos e cuidadores. As manhãs são reservadas para o despertar, o desjejum e o banho dos idosos. Ao cruzar a varanda dos blocos de dormitórios percebo pouca movimentação. Alguns idosos já acordados direcionam-se para a varanda e lá permanecem ainda com as vestes de dormir. Aos poucos chegam outros idosos, sentam-se nas longas mesas distribuídas no local e aguardam o café da manhã servido como de costume. Aproximo-me do bloco feminino, pois é ali que está a mesa onde será oferecida a refeição. Converso informalmente com algumas idosas enquanto aguardamos. Os cuidadores organizam a mesa com os pães e as canecas de café. Uma fila é formada pelos idosos que retornam à mesa coletiva já com o alimento em mãos. Alguns que permanecem sentados são servidos pelos cuidadores em seus lugares. Enquanto auxilio na distribuição da comida, observo que outras cuidadoras deixam a cozinha com os carrinhos lotados de pratos e canecas. Esses são conduzidos aos idosos dos blocos A e B. Acompanho uma cuidadora até o Bloco B masculino e me disponho a ajudá-las no trabalho. A cuidadora orienta-me a levar cafés aos idosos do último quarto do bloco. Sigo a orientação. Entro no quarto já invadido pela claridade do dia, pois não há cortinas que contenham a luz do sol. Ainda sonolentos e desorientados, cumprimento-os e ofereço apoio com os braços para que possam sentar-se, entrego as canecas de café, verifico se precisam de algo e me retiro. Distribuo outras canecas pelos quartos do bloco. Alguns residentes recebem uma alimentação diferenciada em razão da dieta particular. Proponho-me a ajudar o senhor D. a tomar o mingau que a ele fora selecionado. Em pé, ao lado do idoso que está sentado na maca de hospital, levo a colher*

*até a boca para que possa ingeri-la sem esforço. O idoso se comunica pouco, ainda está sonolento. De olhos cerrados aguarda cada colherada do mingau. Pergunto se está ao seu gosto, ele afirma com a cabeça. Por vezes, a comida escorre pelo canto da boca, atento-me para limpá-lo com o guardanapo. Finalizamos o mingau, o idoso deita-se novamente e lá permanece aguardando o banho matinal.*

### *O banho*

*Decido iniciar a observação do banho com as cuidadoras do Bloco A feminino. Vestidas com o uniforme: avental, botas de borracha isolantes, luvas e máscaras, já estão cumprindo a atividade. Encontro uma cuidadora no corredor caminhando em direção a um dos quartos. Pergunto se posso acompanhá-la no banho, ela concorda, mas parece não entender o motivo. Aparenta desconfiança, porém não questiona o meu interesse. Ao abrir a porta do quarto deparamo-nos com dona Z. em frente à sua cama, em pé e nua. A cuidadora questiona o motivo da cena: “De novo, Z.?” e a idosa responde: “não deu tempo!”. Entendo que a cena é recorrente. A cuidadora expressa irritação: “Nunca dá tempo, né, Z.?”. Ao que tudo indica, Z. evacuou nas roupas que vestia. A cuidadora solicita que eu aguarde um instante do lado de fora do quarto e em seguida fecha a porta. Ouço apenas o barulho do chuveiro ligado. Permaneço minutos defronte a porta aguardando para entrar, mas não tenho resposta. Desisto e procuro outra cuidadora que permita minha presença no momento do banho.*

*A outra cuidadora, muito complacente com a minha permanência no quarto, inicia o “ritual” do banho em uma idosa com demência e incapaz de locomover-se sozinha. A cuidadora pergunta se ela precisa evacuar, ouvindo a negativa da idosa, passa a despir suas vestes de dormir e a fralda molhada de urina. Precisa de auxílio para retirá-la da cama e colocá-la na cadeira de banho. A cadeira de banho, semelhante a uma cadeira de rodas, possui um assento em formato de sanitário. A cuidadora convida a colega de trabalho que está no quarto ao lado para auxiliá-la na transferência. É um trabalho que exige esforço e sincronismo no movimento das duas cuidadoras. A idosa é então conduzida ao banheiro. A cuidadora avalia a temperatura da água adequada ao banho e confere com a idosa se está agradável. Esfrega por todo o corpo a esponja espumada, sem pressioná-la; lava as regiões íntimas através do vão do assento. A idosa emite alguns murmúrios,*

*parece ansiosa, está agitada. A cuidadora solicita vez ou outra, movimentos da idosa que possam facilitar a manipulação de seu corpo: “levanta esse braço pra mim”, “isso, agora a outra perna...”. Em seguida, enxágua o corpo, seca com a toalha e leva a idosa para a cama da colega de quarto que não está presente. Termina de secar o corpo, passa o hidratante corporal, coloca a fralda geriátrica descartável e veste a roupa que ela, a cuidadora, escolheu. Passa o desodorante nas axilas da mulher, ajeita o vestido para que cubra os joelhos e faz uma trança em seus cabelos. A idosa está pronta. Sozinha, a cuidadora transfere a idosa para a cadeira de rodas, e no ato, sente uma fisgada de dor na coluna, diz que a dor é recorrente quando precisa deslocar os idosos de um lado para outro.*

*Terminado o banho da idosa, dirijo-me ao Bloco B masculino. As cuidadoras já estão em ritmo frenético, percebo grande agitação de cuidadores e auxiliares da limpeza realizando a higienização dos dormitórios, funcionários preocupados com os afazeres da área externa, enfermeiros preparando medicações, idosos transitando entre os cômodos. Enfim, uma dinâmica mais intensa em comparação ao período vespertino. Encontro duas cuidadoras no Bloco B que estão finalizando o banho de L.. Sentado na cadeira de banho no centro do quarto, despido, as cuidadoras secam seu corpo. Percebo a retração corporal do idoso que parece constranger-se com a minha presença, pois a região genital está exposta. As cuidadores riem e tratam a situação com humor. Esse idoso apresenta retardo mental e segundo a cuidadora “se comporta como uma criança”. Colocam a fralda, vestem a roupa, passam perfume. Outro idoso está pronto. As cuidadoras explicam que o bloco masculino exige duas cuidadoras para cada banho conforme o grau de dependência do idoso. L. é conduzido para a varanda do bloco em sua cadeira de rodas. O próximo banho é de C. que precisa evacuar antes da chuveirada. As cuidadoras solicitam gentilmente para que eu aguarde no corredor até o idoso finalizar suas necessidades fisiológicas. Iniciados os procedimentos do banho, as cuidadoras convidam-me a entrar. Segue a técnica: transferir para a cadeira de banho, despir, lavar o corpo, enxaguar, secar, vestir, pentear, passar o desodorante e o hidratante.*

*Na sequência, vou para o Bloco C dos acamados. Procuo pela cuidadora que tenho mais “afinidade”. Ela está iniciando o banho de J., uma paciente com paralisia cerebral. Entro no quarto e vejo que um grupo de estagiários técnicos de enfermagem acompanha e auxilia na tarefa, mas é a cuidadora quem conduz e realiza praticamente*

*todo o procedimento. A idosa evacua na cadeira de banho que já está posicionada próximo ao chuveiro. O banheiro é compartilhado entre dois quartos. Os cuidadores do quarto ao lado também se ocupam do banho de outras idosas. O odor de fezes contagia o ar. A cuidadora oferece-me uma máscara para que eu não sinta o desconforto do mau cheiro. Enquanto isso, a companheira de quarto de J. está deitada na maca. Dona T. agarra forte nas grades de ferro fixadas na maca e esbraveja exigindo prioridade no banho. A idosa conserva algumas capacidades físicas, porém o elevado grau de demência<sup>33</sup> é o principal diagnóstico que a levou para o Bloco C. A equipe de técnicos de enfermagem tenta acalmá-la, mas impaciente e ansiosa, distribui insultos ofensivos. Aproximo-me na esperança de um diálogo que possa convencê-la a aguardar por sua vez, mas recebo uma atitude agressiva (a idosa puxa com força meu dedo causando dor intensa). De impulso, afasto-me. Penso o quão desgastante é o trabalho do cuidado, sujeito a inúmeras circunstâncias. Voltando-me novamente para o banho de J., vejo que a cuidadora limpa os excrementos com o papel higiênico. Depois, com a ajuda das estagiárias, lava o corpo da idosa de modo delicado a fim de evitar lesões. O corpo aparenta fragilidade: pele fina, enrugada, o corpo magro, debilitado. Após secá-la, a cuidadora aplica o hidratante para evitar o descama da pele. Com movimentos circulares, distribui lentamente o hidratante pelas regiões do corpo. Na sequência, escova os cabelos da idosa e seca com o aparelho secador. Segundo a cuidadora, esse procedimento é importante para imunizá-la contra gripes e resfriados. Finaliza-se o banho de J.. A próxima é dona T., que aguarda ansiosamente por sua vez estatelando incessantemente as grades de sua maca. As estagiárias auxiliam a cuidadora a transportar a idosa para a cadeira de banho. Despem-na e a dirigem ao chuveiro. A cuidadora verifica a temperatura da água, mas T. não está satisfeita. Exige água morna. A idosa reclama, grita e agride a cuidadora e as estagiárias. Segue o procedimento completo aos gritos intensos de T.. Ao final, não aceita o hidratante nem os produtos de higiene. A cuidadora conversa pacientemente até convencê-la a usar os produtos. É o fim de mais um banho, talvez o mais desafiante daquela manhã. A cuidadora não disfarça a exaustão em seu semblante.*

O trabalho do cuidado, no seu sentido pragmático, é uma função cujas ações sequenciais são fragmentadas, sistematizadas e organizadas no tempo e no espaço, tal

---

<sup>33</sup> A demência é uma síndrome caracterizada pelo déficit progressivo na função cognitiva, com ênfase na perda de memória, e interferência nas atividades sociais e ocupacionais (MANFRIM; SCHIMIDT, 2006).

como recorda a racionalização da atividade. Depende, portanto, de técnicas e de aprendizado. As autoras Soria Batista e Bandeira (2015) analisam o trabalho do cuidado a partir do conceito maussiano de técnicas do corpo. Para as autoras, “as práticas do cuidado de pessoas idosas com limitações funcionais constituem técnicas do corpo socialmente produzidas, adquiridas e transmitidas, informal e formalmente” (p. 70). Contudo, o domínio das técnicas do corpo na lida do cuidado, apesar de consistir em ações mecanizadas, envolvem também aspectos subjetivos<sup>34</sup>.

O trabalho do cuidado, ou melhor, o trabalho de qualquer natureza, não está imune às subjetividades individuais. Soares (2016), que tematiza a questão das emoções no mundo do trabalho, afirma que elas – as emoções – são socialmente construídas, enraizadas no corpo, regidas por regras de expressão que ditam o modo como devem ou não ser expostas. É ilusório pensar que não perpassam as experiências e interações vivenciadas no ambiente laboral. A administração tenta controlar e gerir regras de sentimentos dos trabalhadores, estes por sua vez, executam o “trabalho emocional”, ou seja, o controle de suas expressões resignadas às regras. Além disso, os trabalhadores precisam gerir as emoções da “clientela” para que estejam satisfeitos com o serviço.

Soria Batista e Bandeira (2015) apresentam uma perspectiva situacional e multidimensional do fenômeno do trabalho de cuidado nas Instituições Totais. Segundo as autoras, a dimensão afetiva constitui o cerne do trabalho do cuidado, cujos modos operatórios comportam uma dimensão “afetiva, moral e de poder”. A compaixão é a característica afetiva deste segmento de trabalho, “permeado por significados morais e políticos e associado a relações de poder durante o trabalho de cuidado” (p. 61). É um sentimento de empoderamento que se manifesta diante da disponibilidade de recursos materiais e cognitivos capazes de aliviar o sofrimento alheio. Por outro lado, a ausência desses recursos pode ceder lugar aos sentimentos de medo, ansiedade, desespero ou indiferença e distância provocando sentimentos de culpa.

Para pensar o trabalho do cuidado no “lar dos velinhos”, a partir da pesquisa empírica, da observação concentrada principalmente nas atividades de banho e alimentação

---

<sup>34</sup> O ensinamento das técnicas corporais para a prática do cuidado incide, sobretudo, no processo de socialização das mulheres. Homens e mulheres estão suscetíveis a esse aprendizado, mas a emoção da compaixão é culturalmente absorvida na socialização primária das mulheres, pois são incentivadas a serem compassivas. O grupo familiar ensina que a compaixão é um sentimento obrigatório e sacrificial (SORIA BATISTA; BANDEIRA, 2015).

descritas, bem como as entrevistas com cuidadores da instituição, aplicou-se no estudo uma análise a partir das dimensões afetiva, moral e de poder sugeridas pelas autoras Soria Batista e Bandeira (2015). Por detrás das ações de levar a comida à boca do idoso, de retirar e colocar a fralda descartável, aplicar o hidratante, transferir da cama para a cadeira de rodas, entre outros movimentos descritos no relato, existem, pois, sensações, expressões, gestualidades que transcendem a mecanicidade contida nestas ações. Soria Batista e Araújo (2011) referem-se a essa sensibilidade como “esperteza técnica” que os cuidadores precisam prover especialmente para cuidar de pessoas com limitações funcionais severas. A esperteza diz respeito a forma de lidar com o corpo do outro, os saberes que permitem o reconhecimento dos odores, dos semblantes, das temperaturas, das posturas corporais, dos ritmos respiratórios, das dores que indicam o estado de saúde dos idosos. Conforme argumentam as autoras, existe uma dimensão visível do cuidado que consiste em alimentar, trocar as fraldas, ajudar a vestir-se e a tomar banho, entre outros; e uma dimensão invisível ou imaterial relativa aos afetos e moralidades.

Um estudo de Molinier (2014) sobre os efeitos das subjetividades em uma instituição de longa permanência para pessoas idosas dependentes, na França, observou uma controvérsia implantada entre as gestoras e as cuidadoras da instituição acerca do trabalho do cuidado. Para as gestoras, o afeto era inapropriado e incompatível à postura profissional, enquanto para as cuidadoras, era o elemento que viabilizava a execução do trabalho.

A necessária construção dos laços de afeto e confiança na interação entre os cuidadores e idosos faz perceber que a aplicação da técnica por si só não garante uma assistência eficiente. Diante da restrição parcial ou total dos idosos quanto aos sentidos (visão, olfato, paladar, audição e o tato) que permitem a interação com o mundo exterior, é essencial a elaboração de meios alternativos de comunicação. O cuidador e o idoso criam um elo comunicativo a partir da formulação de uma linguagem singular que os conecta conquanto existam impotências físicas e cognitivas limitantes. Para tanto, é indispensável por parte do cuidador, o “aguçamento” das sensibilidades na intenção de estabelecer intimidade, conhecer com profundidade as peculiaridades de cada um dos idosos, os seus hábitos, as expressões e os olhares, a forma como gestualizam. Assim, frente a situações adversas, os cuidadores conseguem desvendar sinais emitidos pelo corpo físico ou psíquico do idoso, por exemplo, sintomas de doenças, comportamentos indicativos de dores,

sofrimentos, aflições, ocorrências incomuns não enunciadas verbalmente. O estado alerta das sensibilidades dos cuidadores facilita a leitura e interpretação das ocorrências. Aplicar atentamente as técnicas do cuidado primando os detalhes dos procedimentos, efetuando-os no tempo e sequência corretos é, sem dúvida, fundamental, contudo, os elementos da subjetividade fazem parte do instrumental dos cuidadores. Em síntese, trata-se de humanizar a pessoa idosa dependente de cuidados, sendo, portanto, a estratégia mais eficaz para a promoção do trabalho do cuidado institucional.

Algumas falas dos cuidadores entrevistados exemplificam essa interação com os idosos a partir dos modos alternativos de comunicação e estratégias de cuidado:

*Porque eu converso muito com a T.. Então você acaba tendo intimidade com o idoso e vendo os momentos dele, o tempo que ele tá bom, o tempo que ele tá ruim. Então os idosos aqui, todos eles, eles tem o tempo todo uma mudança pra pior ou pra melhor. Todos eles têm essa mudança, então percebo assim, quando eu chego pra um idoso e falo “Bom dia!”, se ele me olhar eu já sei se ele tá bem ou não. (Entrevistado H).*

*Quando você faz alguma coisa que ele não gosta, a gente percebe pelo olhar, ou eles fazem um gesto com a cabeça: “não”. A gente pergunta, eu mesma tenho costume de perguntar “você gostou dessa roupa?”, “não” faz assim, fala que não (gesto de não), pelo olhar não, né. “essa aqui é melhor?” a gente procura o conforto, né. Mesmo assim eu penso assim “eu quero um conforto”, roupa confortável, sapato confortável, a forma de sentar. Tipo a L., a L., tem hora assim que a gente percebe que ela tá doendo as costas, realmente. A gente deita mais cedo. Ela pede, quer ir pra cama. Então é assim, a gente percebe mais pelo olhar, pelo gesto dos idosos (Entrevistada K).*

Dentro de tal perspectiva, invoca-se o paradoxo: a Instituição de Longa Permanência apresenta em sua composição organizacional os elementos característicos da Instituição Total, submetendo os “internos” ao processo de “mortificação do eu”, de negação das subjetividades, da ênfase na racionalização do trabalho. Não obstante, as interações que incorrem o trabalho do cuidado só obtêm resultados satisfatórios quando permitem e assumem a humanização da pessoa idosa, processo este oposto ao visualizado na Instituição Total.

Contudo, a racionalização inerente ao trabalho do cuidado e contida na sistematização intensa das tarefas nas instituições, impede que os cuidadores despendam tempo e energia para personalizar o atendimento fornecido a todos os residentes. A eficiência do trabalho programado sobrepõe-se à qualidade e a satisfação plena do sujeito “produto” do cuidado. Ademais, este processo de trabalho que reproduz a organização do

trabalho industrial típico do modo de produção capitalista, promove o aprofundamento da dependência funcional. Em virtude da segmentação das atividades de cuidado pré-definida em escalas e horários e um número reduzido de trabalhadores para cumprir as funções, estes cuidadores preferem realizar as atividades para os idosos de modo ágil e instantâneo. Mas ao mesmo tempo, retiram destes sujeitos a oportunidade de executarem as próprias AVD's, de movimentarem-se apesar da lentidão e das dificuldades do corpo. Isto caracteriza, portanto, um processo de desumanização do sujeito cuidado, pois tende a intensificar a obstrução das capacidades físicas e psíquicas, retirando a autonomia destas pessoas idosas.

A situação de dependência ou a condição de deficiência tende a transformar o sujeito dependente em sujeito socialmente digno de benemerência, de compaixão e assistência. Julgado como condenado ao sofrimento e à dor causada por uma circunstância acidental ou decorrente do processo natural da vida, como é o caso da velhice, o sujeito em situação de dependência funcional provoca sentimentos de empatia nas pessoas ao seu redor. Esses sentimentos, quase sacralizados e provenientes da moral cristã, manifestam-se nos cuidadores ao se idealizarem na posição do idoso, enfrentando as mesmas limitações ou, ainda, ao imaginarem seus pais ou avós em situação semelhante.

*São seres humanos, então você tem que tratar como seres humanos. Começar a pensar em você no lugar dele e isso só questão de formação profissional não é suficiente. Tem que ter a parte humana, o sentimento. (Entrevistado H).*

*E cuidar pra mim é isso mesmo. É prestar atenção na necessidade daquele idoso, saber ouvir, o teu autocuidado com aquele idoso também. E fazer tudo pra assim, o que você gostaria que tivesse sendo feito pra você. Você se coloca no lugar do outro e ver o que você gostaria pra você (Entrevistada J).*

*Cuidado é um carinho, uma atenção. É a pessoa te pedir um favor e você faz. Tratar bem. O amor, o carinho (Entrevistada K).*

Pulsa o sentimento de alteridade nesta relação entre cuidadores e idosos enfermos, no sentido de “colocar-se no lugar do outro” e compreender o outro a partir da valorização de suas diferenças. Este fenômeno surge acompanhado do sentimento sacrificial ligado à virtude religiosa, herança da conduta moral cristã que dignifica a ação de estar a serviço de outrem em prol da bondade e do “amor ao próximo”.

É predominante entre as mulheres o sentimento de sacrifício e de compaixão. O aprendizado das técnicas do cuidado é transmitido no convívio familiar pelas mulheres adultas às meninas mais jovens. O cuidado pode assumir significados religiosos ou laicos a depender das crenças difundidas na família. Constrói-se uma dinâmica de solidariedade e reciprocidade familiar em torno dos cuidados pautada no sacrifício das mulheres, na compaixão e em práticas imbricadas aos significados de obrigatoriedade moral e de sacrifício (SORIA BATISTA; BANDEIRA, 2015).

A Entrevistada J, cuidadora de idosas, exprime o sentimento de sacrifício e compaixão absortos na experiência do cuidado:

*Desde a minha infância tive o amor dos avós. Acompanhei a minha avó, ela ensinou eu a ser quem sou, assim. Devo a ela esse amor ao próximo, ser uma pessoa religiosa, que tem uma religião, né. [...] o cuidado em si ele é simples pra mim porque ele é natural meu de servir, o ato de servir, pra saber o que a pessoa tá precisando pra poder ajudar. Um ato de amor, mesmo, de amor, de carinho, é compreensão. [...] Eu não coloco dificuldade em nada quando é pra ajudar, pra servir, que eu vejo mesmo, eu coloco assim, como ver Jesus no rosto daquelas pessoas, dos necessitados, dos mais frágeis [...] (Entrevistada J).*

Neste fragmento, a cuidadora sinaliza a compaixão atribuída àqueles que necessitam de cuidados. A imagem simbólica de uma personalidade religiosa justifica a sua devoção à prática do cuidado somada a uma suposta vocação natural, designada desde a infância, ao longo do processo de socialização e da construção do gênero, na incorporação dos atributos femininos.

Outra dimensão moral do trabalho do cuidado é esclarecida por Soria Batista e Bandeira (2015) ao empregarem o valor social a partir do viés conceitual de “trabalho sujo” ou *dirty work*<sup>35</sup>, que concebe a divisão moral do trabalho nas sociedades face ao binarismo prestígio-desprestígio. Incide sobre os trabalhadores do cuidado o estigma emblemático de trabalho desprestigiado e desqualificado por associar-se a operações de caráter impuro e repulsivas (SORIA BATISTA; CODO, 2018). O cuidado de pessoas idosas é uma atividade socialmente degradante, pois envolve o manuseio do corpo do outro: o contato com as doenças, as secreções e excreções das pessoas, os odores, as texturas, a dor e o sofrimento dos pacientes (SORIA BATISTA; ARAÚJO, 2015).

---

<sup>35</sup> Termo utilizado por Everett C. Hughes em seus escritos sobre as experiências dos alemães nazistas frente ao trabalho realizado nos campos de concentração. Ver mais em: HUGHES, Everett C. Good people and dirty work. The sociological eye: selected papers. 2. Ed. New Brunswick: Transaction Publishers.

Quer dizer, ao mesmo tempo em que a dimensão moral do trabalho do cuidado dos idosos corresponde a uma atividade estigmatizada, de “trabalho sujo”, por outro lado, é, também, um trabalho moralmente creditado como solidário, digno e generoso. Na explicação dos autores Ashforth e Kreiner (*apud* SORIA BATISTA; CODO, 2018), esta dualidade retida no trabalho sujo trata-se de uma técnica de ressignificação do estigma laboral, isto é, do significado social da profissão. Os trabalhadores produzem justificativas para a escolha do trabalho, definem o cuidado como “ato de servir”, “um ato de amor”; defendem a profissão no sentido da negação dos danos e de evitar a sua vitimização (BATISTA; CODO, 2018).

A dimensão do poder é discutida por Soria Batista e Bandeira (2015) partindo da figuração “estabelecidos e *outsiders*” de Elias e Scotson (2000) elucidativa das desigualdades de poderes e hierarquias em meio as interações sociais. Em suma, os autores evidenciam as relações de poder entre grupos distintos, onde um grupo mais antigo fixado no local considera-se “superior”, dotado de virtudes compartilhadas entre os seus membros em relação àqueles de um grupo recentemente formado. Ao afirmarem-se superiores, lançam estigmas sobre o outro grupo, pois se encontram em posição de poder na qual o grupo estigmatizado é excluído. O grupo dos *outsiders* é tido como desordeiro que não respeita as leis e normas impostas pelos estabelecidos (ELIAS; SCOTSON, 2000).

As interações entre cuidadores e pessoas cuidadas nesta perspectiva teórica permite analisar a dinâmica dos cuidados voltada para a produção social das interdependências, reciprocidades e desigualdade de poderes e hierarquias que circundam entre os dois grupos. As pessoas cuidadas ocupam a posição de vulnerabilidade diante da necessidade de cuidados, portanto, estabelece-se um vínculo de dependência. As práticas de cuidado empreendem ações de reciprocidade que dizem respeito à “trama de intercâmbios”, isto é, as formas de comunicação e manifestação verbal presentes na interação (SORIA BATISTA; BANDEIRA, 2015).

Soria Batista e Araújo (2011) observaram que os cuidadores preservam e compartilham uma autoimagem de superioridade moral frente às pessoas idosas. Esta superioridade transparece nas declarações sobre as demandas afetivas do trabalho relativas à paciência e ao amor. Os cuidadores interpretam certos comportamentos e sentimentos dos idosos tais como aos que se manifestam nas crianças:

Para as cuidadoras as pessoas idosas são “como crianças”, na medida em que manifestam seus sentimentos com rebeldias e agressões, por exemplo, a rejeição da comida e do banho, as reclamações em geral, a masturbação pública, as brigas interpessoais, as agressões físicas e verbais às cuidadoras, no fato de tratá-las “como criadas”, humilhá-las, entre outros comportamentos apontados (SORIA BATISTA; ARAÚJO, 2011, p. 188).

A afetividade, os sentimentos de empatia e benemerência, além da compaixão e paciência identificadas na relação entre os cuidadores e as pessoas cuidadas resultam também da relação de poder, da oposição das posições de superioridade e inferioridade atribuídas aos estabelecidos e *outsiders*.

A relação dos idosos com a dependência funcional é marcada pelas dificuldades de agir no mundo, de manipular o próprio corpo, ter controle sobre suas reações orgânicas. A dor é companheira diária, transita entre movimentos simples, disfunções fisiológicas ou já tão naturais, são inerentes à pessoa. A dependência física gera uma relação de poder entre aqueles que cuidam e aqueles que são cuidados, onde o cuidado assume um lugar de sujeição, de manipulação, de controle sobre uma vida e um corpo ao qual não pertencem ao cuidador. Perguntados sobre o significado de “ser cuidado”, os idosos respondem sem titubear:

*Permanecer inútil. Permanecer limitado, dependendo, dependendo, dependendo. Isso pra uma pessoa sempre muito independente, mesmo quando tinha as dificuldades de andar, mas não tinha trabalho que eu não encarasse, não tinha dificuldades... (Entrevistado M).*

*Ser cuidado é a pessoa cuidar da gente com delicadeza, com amor, com carinho, porque tem umas lá que são muito brutas. Essa perna aqui, aqui ó, isso aqui já foi do pedal da roda que não é presa direito e elas quando vão por na cadeira, parece que jogam a gente com má vontade, sabe?[...] Tratar com mais educação a gente, tratar com mais delicadeza. Tratar o doente melhor, porque tem umas aqui que são boas, tratam a gente com carinho, com tudo, mas tem outras que não são não. Jogam a gente de qualquer maneira (Entrevistada L).*

O corpo deficiente e limitado é desprovido de capacidades para ser a agir no mundo de modo autônomo. Já dizia Le Breton (2007) que a existência é corporal. É a partir do corpo que nascem as significações que fundamentam a existência individual e coletiva. As pessoas com deficiência são marginalizadas, estão em desvantagem no mundo do trabalho, são assistidas pela seguridade social, correm o risco de serem afastadas da vida coletiva

devido a dificuldades de locomoção. Quando em lugares públicos, são acompanhados por olhares de curiosidade, incômodo ou compaixão.

A dificuldade de enfrentar as limitações corporais é ainda mais desafiante para os homens, se considerada a perspectiva de gênero. Os homens tendem a inserir-se precocemente no mercado de trabalho e passam suas vidas dedicadas ao labor. Ao aposentarem-se ou visualizarem-se diante de uma circunstância de inatividade, que obstrui a autonomia, são invadidos por um vazio, por uma velhice ausente de sentido (BEAUVOIR, 1976).

A faceta do cuidado na perspectiva do sujeito dependente de cuidado revela a manipulação do corpo do outro através de um cuidado nem sempre proveniente de atitude amável e paciente, tal qual descrita pelos cuidadores. Conforme observações de campo e entrevistas, algumas atitudes são lidas como rudes e pouco empáticas. A manifestação da violência pode estar implícita nos pequenos gestos, no não dito, nas “entrelinhas” da prática do cuidado, efeito de uma instrumentalização precária, de condições vulneráveis de trabalho, da baixa remuneração e do nível de formação.

Os recursos humanos e os recursos materiais disponíveis em uma instituição de longa permanência são os principais vetores de todo o funcionamento, gestão e provimento dos serviços em decurso. Os recursos materiais, quando comprometidos ou ausentes, corroboram a má gestão e interferem em toda a sistematização do trabalho. Em consonância ao que Soria Batista e Bandeira (2015) afirmam, a dimensão afetiva na relação entre cuidadores e idosos pode nutrir sentimentos contraditórios. A compaixão, por exemplo, pode ser substituída por sentimentos de ansiedade ou indiferença, intervindos de modo negativo na prática do cuidado, por vezes, dando forma a uma prática de cuidado violenta.

#### **4.4 A materialização das políticas públicas na dinâmica institucional**

A situação de dependência funcional é um conceito visível sob um prisma destoante em sua composição de significados, no entanto, seus feixes vertem em direção a um único foco, no caso, a política pública de amparo às pessoas idosas selecionadas como dependentes ou independentes.

A política de assistência social, eixo das políticas de proteção social teoricamente garante a segurança de sobrevivência (em termos de rendimento e autonomia); de acolhida; de convívio ou vivência familiar. A segurança de rendimentos aprovisiona a sobrevivência, independentemente das limitações para o trabalho ou do desemprego. São alvos dessa segurança as pessoas com deficiência, idosos, desempregados, famílias numerosas, famílias desprovidas das condições básicas para sua reprodução social em padrão digno e cidadã (BRASIL, 2005, p. 31).

O serviço de abrigo institucional ofertado pela proteção social especial para pessoas que não contam com o suporte familiar é, até o momento, a modalidade de atendimento disponível. Pessoas idosas, impedidas de exercerem atividades laborais, destituídas de seus vínculos familiares, carentes de cuidado e atenção são conduzidas para as instituições de longa permanência, um lugar onde recebem moradia, alimentação adequada, atendimento de saúde, onde dão novos sentidos para suas vidas e vivenciam o envelhecimento com pessoas que pertencem ao mesmo grupo etário.

O Estado tem destinado recursos às instituições de longa permanência para idosos classificados como dependentes e independentes, sendo os valores distintos para cada classificação. Como já foi dito, essa classificação ainda gera divergências no que diz respeito à legitimidade dos critérios baseados na execução das atividades da vida diária dos idosos. Mensalmente, as entidades fornecem à SEDESTMIDH uma lista atualizada informando o grau de dependência de todos os idosos para que a gestora possa averiguar possíveis alterações no quadro de dependência. A ILPI, por sua vez, segue um critério definido pela ANVISA para apontar o grau de dependência com base no diagnóstico das patologias identificadas na avaliação médica ou da equipe de enfermagem. A RDC nº 283 de 2005 convencionou os graus de dependência em três níveis:

- a) Grau de Dependência I: idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda;
- b) Grau de Dependência II: idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;
- c) Grau de Dependência III: idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo (ANVISA, 2005, p. 2).

Para a ANVISA, a dependência do idoso é a “condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades da vida diária” (ANVISA, 2005). A ILPI, então, utiliza esse critério como forma de mensurar a dependência de cada residente, suas necessidades e o valor financeiro providenciado pelo Estado para suprir os gastos da instituição com esse idoso.

A equipe de fisioterapia da ILPI tem formalizada a classificação de dependência a partir da escala de *Ashworth* que diferencia idosos dependentes, semidependentes e independentes. De acordo com a fisioterapeuta, a escala foi modificada para sua aplicação na realidade institucional. Em resumo, os idosos independentes têm habilidades próprias para alimentar-se, vestir-se, evacuar, tomar banho, pentear os cabelos, ou seja, realizar as AVD's. Os idosos semidependentes precisam de auxílio para algumas atividades, por exemplo, para o banho. Embora tenham capacidade para realizar algumas atividades, tal qual o banho, precisam de alguém para monitorá-los, ou no caso de vestir a roupa, obtêm sucesso ao vestir a blusa, mas não conseguem vestir a calça. Os idosos que necessitam de auxílio ou qualquer observação são classificados como semidependentes. Os idosos impossibilitados de realizarem as AVD's são classificados como dependentes.

A classificação de dependência estabelecida pelos cuidadores da ILPI é livre de referências pautadas em classificações ou escalas cientificamente elaboradas para orientação de suas atribuições. Mensura-se a condição física dos idosos a partir da prática sistemática do trabalho efetuado cotidianamente, baseada na dinâmica do trabalho.

Para os cuidadores, os idosos “independentes” são aqueles que oferecem minimamente condições para auxiliá-los nos movimentos do corpo simplificando a tarefa do cuidado. Os movimentos que os idosos executam para ajudar a erguer o peso do próprio corpo, a deslocar-se, a levar a comida à boca, mover as pernas na troca da fralda geriátrica, por exemplo, são de alguma forma, facilitadores do trabalho dos cuidadores.

Os idosos que se encontram acamados são classificados como “totalmente dependentes”, estão fisicamente impedidos de produzirem movimentos, não reagem a estímulos (visual, auditivo e tátil) e recebem cuidados estritos, semelhante aos cuidados hospitalares. Esses idosos despendem elevada energia e esforços dos cuidadores, pois não respondem corporalmente aos movimentos solicitados. Este empenho sobrelevado traduz-se em maior complexidade do trabalho e conseqüente desgaste da saúde dos cuidadores. Os trabalhadores, principalmente as mulheres, queixam-se frequentemente de dores na região

da coluna vertebral por consequência do emprego de força muscular sobrelevada no deslocamento manual dos idosos. Conquanto o trabalho seja compartilhado entre duas cuidadoras no Bloco C dos acamados, ou na transferência dos idosos da cama para a cadeira, ainda assim há eventualidades em que as cuidadoras precisam transportar individualmente o peso excessivo.

Os idosos “dependentes” são todos os residentes da instituição, afinal, na visão dos cuidadores, todos necessitam de apoio ou acompanhamento em uma ou mais atividades, embora suas qualidades físicas motoras permitam a execução das atividades da vida diária ou respondam facilmente aos estímulos.

Avaliando esse modo classificatório dos níveis de dependência, compreende-se que está ligada a execução das atividades da vida diária, porém, diz respeito à interferência na dinâmica do trabalho manual dos cuidadores. Isto ocorre porque a operacionalidade dos cuidadores substitui o autocuidado. Quando desprovidos das habilidades motoras, das técnicas corporais em pleno vigor, os idosos transformam-se em seres dependentes de um autocuidado executado pelas mãos de outrem.

A classificação dos níveis de dependência oscila e varia na concepção daqueles que lidam diretamente com a manipulação dos corpos dependentes. Idosos dependentes ou independentes oferecem diferentes graus de dificuldades na execução do trabalho, alguns dependem sobremaneira de atenção, auxílio e monitoramento.

Frente às três classificações relativas aos níveis de dependência dos idosos, chega-se a um ponto elementar dessa classificação: a relevância da classificação de dependência para a definição da política de assistência aos idosos nas ILPIs.

Os valores mensais vigentes do recurso proveniente da SEDESTMIDH para as ILPIs parceiras do GDF foram estabelecidos tendo em vista a classificação adotada pela ANVISA. O órgão de fiscalização leva em consideração apenas os três graus de dependência e distingue os valores entre “dependentes” e “independentes”, sendo menor o valor relativo aos “independentes”. Contudo, ignora-se o fato de que muitos idosos independentes que ingressam na instituição tornam-se dependentes ao longo do tempo (CAMARANO; MELLO, 2010), seja porque o processo de institucionalização tende a majorar potenciais problemas de saúde, ou porque o fator idade representa agravamento das doenças crônicas e degenerativas características da velhice.

Retomando Medeiros e Diniz (20004) sobre a difícil tarefa de definir a deficiência, os autores creem ser ingênuo pensar que critérios essencialmente técnicos possam determinar o que é deficiência, e mais, geralmente esses critérios ocultam valores prescritivos relacionados à função e objetivos das políticas sociais. O modelo social da deficiência pontua que o fenômeno da deficiência não pode ser explicado apenas pelas características individuais, focalizando as lesões corporais, mas priorizando os modos como a organização social e seus arranjos incorporam a diversidade. No mesmo sentido pode-se aplicar esta tese aos critérios que definem a dependência e independência dos idosos na ILPI, já que tais categorias transitam pela arena do fenômeno da deficiência. A condição de saúde da pessoa e os diagnósticos das doenças ou da execução das atividades da vida diária são insuficientes para convencionar o nivelamento da dependência dos idosos, pois não são ponderados os aspectos que concernem à realidade social da instituição, os efeitos das limitações funcionais na dinâmica institucional ou nas condições de trabalho dos cuidadores.

O recurso público repassado à entidade tem sido eminentemente destinado à gestão dos recursos humanos da ILPI, responsável pelo pagamento dos profissionais e funcionários contratados. Vale enfatizar a existência do quadro de profissionais e sua respectiva quantidade exigida pela SEDESTMIDH na formalização da parceria para a transferência do recurso. Os salários desses profissionais, incluindo cuidadores, são pagos por meio do recurso, além dos profissionais ditos “correlatos”, isto é, não exigidos pela secretaria, mas que estão integrados ao quadro de funcionários.

O número de cuidadores lotados no “lar dos idosos” não tem sido suficiente no provimento do cuidado. Isso se constata a partir dos depoimentos dos cuidadores e da observação de campo nos blocos onde foi possível captar momentos de exaustão e ausência de parceiros cuidadores na execução do trabalho. Foi relatada a permanência de apenas dois cuidadores no Bloco C no período noturno para atender 21 idosos acamados. Quando incorrem casos de internação hospitalar de um idoso, um dos cuidadores presta o acompanhamento, restando apenas outro cuidador disponível no Bloco C da instituição. O trabalho elaborado no Bloco C prioriza o atendimento dos idosos por uma dupla de cuidadores. Quando exercido em dupla, geralmente é formada por um homem e uma mulher. As atribuições são distribuídas de modo semelhante entre cuidadores de ambos os sexos, salvo atividades de maior desgaste físico, estas atribuídas aos cuidadores homens,

tais como a mudança de decúbito, a transferência da cadeira de rodas para a cama, isto é, tarefas que envolvem o sobrepeso dos idosos acamados.

A ausência de um número maior de cuidadores gera consequências para a saúde do trabalhador que precisa multiplicar esforços no cumprimento da jornada e, consequências para o idoso que se encontra em posição de maior vulnerabilidade. O cuidador, ao tentar transportá-lo sozinho de um ponto a outro, pode colocar em risco a saúde e integridade física dele e deste idoso.

E ainda, as relações de trabalho no ambiente institucional podem ser comprometidas diante de tarefas sobrecarregadas e um número reduzido de trabalhadores. Segundo os entrevistados, há grande dificuldade de lidar com superiores hierárquicos, no caso os chefes da enfermagem, pois a exigida eficiência do trabalho depende da colaboração de todos os envolvidos na atividade do cuidado. A necessidade de parceria para a execução do trabalho requer que os cuidadores sejam solícitos e estejam prontamente disponíveis, contudo, nem sempre um colega estará livre para auxiliar uma cuidadora no momento de colocar o idoso no banho, por exemplo. Há também dissonâncias no processo de execução do trabalho, isto é, cada cuidador executa a seu modo as atividades, aplicando os conhecimentos adquiridos na formação profissional ou na experiência do cuidado. Estes conhecimentos divergem, comprometendo o trabalho dos cuidadores que assumem o posto na sequência da troca de turno/dia. As reclamações foram mais recorrentes quando questionados<sup>36</sup> sobre como o trabalho do cuidado poderia ser facilitado em relação ao cuidado dos idosos dependentes.

*O que facilitaria meu dia-a-dia acho que é mais a parte dos funcionários. Deveriam ser mais amigos, mais companheiros, trabalhar em equipe, isso ajuda muito (Entrevistada J).*

*A facilidade do cuidado com os idosos, principalmente em se tratando de uma instituição, seria mais facilitado pela continuidade do cuidado em relação ao colega de trabalho. Exemplo, eu estou lá hoje, independente que meu idoso, ou que meu grupo de idoso seja X, eu fique responsável lá por esses três idosos, mas existem os outros. Então esses três idosos que eu faço o acompanhamento, ou em quem eu dei o banho, tive o cuidado de fazer o cuidado de higiene principalmente nas partes que oferecem mais odor ou mais predisposição às alergias, que o cuidador que vai*

---

<sup>36</sup> No decorrer das entrevistas, alguns cuidadores solicitaram à pesquisadora o desligamento do aparelho gravador para discorrerem sobre os conflitos nas relações de trabalho; houve entrevista em que a cuidadora recusou-se a estender o assunto. Estes comportamentos nos deram indícios de possíveis conflitos nas relações de trabalho.

*assumir meu plantão, seja noturno ou matutino do dia seguinte, aonde eu não vou estar, tente fazer o mesmo serviço. Porque infelizmente não é feito (Entrevistado I).*

*Na prestação de serviço é que a equipe seja suficiente, entendeu? Seja suficiente. Porque se eu não tiver uma equipe suficiente pra atender esses idosos, eu vou ter que pegar o idoso sozinho. E qual o risco que tem eu e o idoso? Todos os riscos de machucar o idoso e eu fraturar uma coluna ou ter uma lesão, alguma coisa assim. Essa é uma profissão que deixa muita gente encostado, né. Então o meu trabalho, a qualidade do meu serviço seria melhorada quando a equipe está suficiente. Suficiente é o que? Aquilo que precisa de dois? Tem que ter dois. Se tirar um aí fica deficiente a equipe (Entrevistado H).*

*A facilidade é assim, a gente sempre trabalhar junto, né. Tipo assim, uma ala que é muito grande, tem muitos idosos, então, você sempre trabalhando junto com os colegas fica tudo mais fácil, né. Na hora de pegar da cama, colocar na cadeira na hora do banho, tudo (Entrevistada K).*

Tendo em vista os aspectos observados, avaliou-se a demanda por um número mais elevado de cuidadores na ILPI, especialmente no auxílio aos idosos dependentes ou acamados, tal qual os que se encontram no Bloco C do “lar dos velhinhos”. O recurso destinado às ILPIs não supre definitivamente as necessidades dos idosos em situação de dependência, e os resultados surtem efeitos diretos na dinâmica institucional, nas condições e na qualidade do trabalho, no próprio processo de envelhecimento institucionalizado, na relação entre cuidadores e idosos.

As diferenças de gênero no processo de envelhecimento na instituição foram pouco detectadas entre os cuidadores do Bloco C. Conforme verificado nas entrevistas, homens e mulheres idosos com graus elevados de dependência recebem tratamentos muito semelhantes. Os procedimentos são os mesmos independentemente do sexo. Um exemplo citado foi a depilação, ou aparamento dos pelos pubianos. De acordo com os relatos, os idosos são submetidos ao procedimento para fins de higienização e redução do odor consequente do uso contínuo de fraldas geriátricas. A eliminação urinária libera bactérias e, quando em contato prolongado com a fralda, gera odor e desconforto, assim, a depilação pode reduzir possíveis danos à saúde dessas regiões. Apesar do estranhamento de alguns idosos, principalmente homens nunca antes submetidos a essa prática, os cuidadores agem no sentido de convencê-los dos benefícios.

*Como a gente depila a mulher, muitas não conseguem, os homens também, tipo aqueles que não têm muita noção, aí a gente mesmo faz, porque eles não tem noção, “ai tem que depilar, tá grande”, não. Tem uns que tem, tem uns que ficam meio assim acanhados mas acabam depois perdendo a vergonha porque é tudo profissional. Aí você “ó, a gente vai ter que depilar, por isso, por isso, por causa do xixi, por causa do cocô” e tal. Eles entendem que incomoda, né. Eles aceitam numa boa (Entrevistada K).*

Por outro lado, alguns cuidadores exprimem um sentimento de invasão de privacidade ou de constrangimento no contato com idosos do sexo oposto, principalmente no início da atuação como cuidador. É o caso de uma das entrevistadas, que relata<sup>37</sup> o sentimento de “vergonha” nos primeiros contatos visuais e manuais com a região genital dos idosos do sexo masculino.

Ademais, o cuidado das mulheres se diferencia no aspecto estético: atentam-se mais aos cabelos, ao uso de produtos cosméticos, acessórios que complementam o vestuário. No que tange a higienização, os cuidadores também afirmam maior empenho na higienização das regiões íntimas do corpo das mulheres, porque segundo eles, deve haver um “cuidado redobrado” com elas, assim, o cuidado das mulheres aparenta maior complexidade. Por certo, há uma cultura enaltecida da saúde da mulher, da corporeidade feminina atrelada aos aspectos estéticos, contraposta aos aspectos masculinos relativos ao corpo. Poder-se-ia interpretar esta constatação dos cuidadores corolário a este fator de natureza cultural incorporada também na prática do cuidado.

A remota percepção dos cuidadores com relação às diferenças de gênero entre os idosos da ILPI, especialmente entre os idosos dependentes, sugere que sejam pouco relevantes. Nesse contexto, o trabalho do cuidado tende a priorizar outros fatores, tal qual a atenção para o corpo biológico, seus processos fisiológicos e degenerativos. Este olhar caracteriza a homogeneização da velhice dentro do ambiente institucional.

Debert (1994), ancorada em alguns estudos da década de 1990, observou que várias pesquisas sobre fatos psicológicos na velhice consideravam que a androginia caracterizaria essa etapa da vida, ou seja, os papéis sociais, valores e atitudes tidos como essencialmente femininos ou masculinos tenderiam a se misturar na velhice. Ou ainda, tratava-se de uma

---

<sup>37</sup> Momento antes de relatar a sua experiência sobre o primeiro contato íntimo com os homens idosos, a cuidadora solicitou o desligamento do aparelho gravador, portanto, não serão fornecidos maiores detalhes contidas em sua fala.

inversão de papéis acarretada pela masculinização das mulheres e a feminização dos homens, ocasionando, pois, a dissolução das diferenças de gênero.

Portanto, o tratamento homogêneo das disparidades de gênero pode estar vinculado a essa percepção tradicional – e já refutada pelos estudos gerontológicos – porém corrente no âmbito prático do cotidiano institucional e do mesmo modo presente no imaginário social dos profissionais do cuidado. Este aspecto somado às características da Instituição Total que visa formar uma massa uniforme de internos, do ponto de vista da gestão institucional, favorece o controle e a dimensão econômica.

Conclui-se daí, que as políticas de cuidado nas Instituições de Longa Permanência precisam ser revistas no tocante à conceituação de dependência e a garantia de um envelhecimento diverso, possível de ser vivenciado em suas singularidades no interior dessas instituições. Para isso, a formulação e posterior implementação das políticas exige o conhecimento minucioso sobre a realidade das pessoas idosas no interior desses estabelecimentos para que, assim, possa-se evitar a reprodução de estereótipos equivocados a respeito da velhice.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa desenvolvida proporcionou algumas conclusões relevantes a respeito do cuidado de pessoas idosas dependentes atendidas pelas Instituições de Longa Permanência.

Os caminhos difusos da pesquisa possibilitaram tatear esse universo amplo do envelhecimento institucionalizado, sensibilizando o olhar para diferentes ângulos e simetrias arquitetados no objeto em evidência. As repostas extraídas do estudo foram meticulosamente pensadas para a formulação de arranjos estruturais articulados propiciando ao leitor a visualização de um panorama amplo e esclarecedor acerca da realidade do cuidado no âmbito institucional.

A inserção e concomitante participação no campo de pesquisa foi um fator significativo e influente na obtenção das informações, passível de ponderações. Por certo, o sujeito pesquisador, quando presente no *locus* da investigação, produz efeitos nos comportamentos, atitudes, discursos das pessoas pertencentes à realidade social em vista. No decurso do trabalho empírico, foi possível captar distintas reações e narrativas dos “sujeitos-alvos”. Na instituição, a equipe de apoio mostrou-se muito empática com a permanência da pesquisadora, demonstrando interesse nos objetivos do estudo, incentivando a participação ativa no cotidiano dos residentes e expondo as dificuldades e o empenho profissional do quadro de funcionários na execução de um trabalho eficiente e de qualidade.

Os cuidadores, por sua vez, expuseram algumas complicações vivenciadas no ambiente institucional. Diante de questões controversas ou supostamente ameaçadoras ao emprego, alguns se recusaram a respondê-las ou solicitaram o desligamento do aparelho gravador. O mesmo comportamento foi identificado nas entrevistas com os idosos, todavia, nestas foram perceptíveis certas posturas denunciativas com relação ao trabalho de alguns cuidadores.

As entrevistas com os gestores ligados à administração pública no Governo do Distrito Federal expressaram em seus discursos a diligência de seus setores, o engajamento em sanar os imbróglios da política de assistência social, e ainda, seus êxitos e fracassos.

Dar voz a estes sujeitos permitiu construir uma análise sistematizada, que possibilitou responder questionamentos importantes frente o contexto sociodemográfico no qual o país atravessa no presente momento. Considerando o conjunto dos temas tratados -

envelhecimento, políticas públicas, gênero e dependência funcional – ressalta-se o necessário exame das projeções estratégicas lançadas pelo poder público para solver demandas de um segmento populacional crescente representado pelas pessoas acima de 60 anos.

Os regimes de parcerias entre o Estado e as Instituições de Longa Permanência caracterizam um notável avanço para as políticas de longa duração. Incorporadas à Proteção Social Especial, estas parcerias formalizam e de certa forma democratizam o cuidado de pessoas idosas em condições socioeconômicas desfavoráveis, porém, a abrangência excessivamente limitada ao acesso, restringe o número de usuários atendidos pelo serviço. O processo de aquisição das vagas é moroso e perpassa uma série de impeditivos colocados pela equipe de assistência social.

A institucionalização é ainda encarada por muitos especialistas e gestores como um processo a ser combatido, efeito este resultante do estigma retido nos antigos asilos tradicionalmente associados a ambientes fúnebres da velhice solitária. Desse modo, o desenho das políticas públicas concretiza-se de modo insuficiente, dissonante da realidade e de suas transformações. Nesta lógica, a família permanece encarregada pelo cuidado dos idosos, desprovida de tempo, condições econômicas e preparo para a execução desse trabalho, enquanto as pessoas idosas e dependentes permanecem em situação de risco.

As políticas públicas precisam caminhar *pari passu* com as transformações da sociedade, atentas aos rearranjos estruturais, ao dinamismo das relações sociais e as vicissitudes embutidas nesses processos.

O estudo identificou pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social e acometidas pela situação de dependência funcional em graus severos que têm se defrontado com obstáculos ainda mais rígidos no acesso ao acolhimento institucional. As Instituições de Longa Permanência são tolhidas de receberem idosos com determinados diagnósticos e restrições médicas. Tal como observado, a SEDESTMIDH não assegura a composição de profissionais da área da saúde na equipe de atendimento das instituições. Faz-se contraditória esta assertiva, uma vez que as instituições não são destinadas apenas ao abrigo de idosos, mas também operam nos cuidados de saúde. O tempo de vivência dos residentes nas ILPIs tem se estendido conforme o aumento da expectativa de vida. No decorrer desse período institucionalizado, tornam-se suscetíveis às doenças crônicas e degenerativas, a níveis agravantes de dependência e de cuidados especializados.

No momento, os serviços de fisioterapia - pertencentes à categoria de serviços de saúde, têm sido oferecidos na ILPI pesquisada, contudo, mediante voluntariado acadêmico, o que deixa os idosos reféns de um cuidado periodicamente interrompido.

A política de cuidado para os idosos institucionalizados não tem provisionado de forma efetiva as suas demandas. Primeiramente, trata-se de uma política de transferência de recursos financeiros para a ILPI, que por sua vez, executa a gestão dos valores, materializando-os por meio da oferta de serviços de cuidados aos idosos. No entanto, ao que se percebe, esses valores não são suficientes. A instituição permanece refém das doações de voluntários e organizações privadas dispostas a contribuir com auxílios que podem ser permanentes ou intermitentes.

Portanto, uma ampliação da política de cuidado poderia ser pensada pelos gestores e tomadores de decisões públicas. Uma ampliação não apenas restrita a revisão dos cálculos de valores *per capita* repassados às ILPIs conveniadas, mas, além disso, o fornecimento de subsídios educacionais para a formação de cuidadores bem qualificados; a valorização da categoria profissional, a começar pelo reconhecimento do exercício da profissão de cuidador de idosos. A expansão dos investimentos públicos voltados para a população idosa fomentaria a criação de novas vagas de acolhimento institucional e novas parcerias com Instituições de Longa Permanência. A efetivação destes projetos seriam mais eficazes perante o fornecimento de recursos de adequação da infraestrutura destas entidades conforme os parâmetros prescritos.

Ademais, tem sido crescente a demanda por instituições de natureza pública, dentre outros equipamento sociais alternativos para o cuidado dos idosos, tais como centros-dia, centros de convivência, uma rede institucional firmada entre várias instâncias da sociedade para o provimento de atenção e cuidados aos idosos.

No entanto, para que se possa concretizar a ampliação dos investimentos do Estado, é preciso alterar os rumos das políticas públicas brasileiras que atualmente vigoram sob o estandarte do neoliberalismo. Há um ostensivo dismantelamento das ações do Estado no cumprimento do seu papel de assegurar proteção social à população. A redução do orçamento voltado para os programas sociais nos últimos anos tem sido um entrave na operacionalização das políticas, provocando a redução do acesso aos usuários. Este panorama tem fomentado a expansão do setor privado na oferta de serviços a um público

consumidor em expansão, em paralelo, tem gerado maior desigualdade social no processo de envelhecimento.

Acompanhado deste entrave, um potente discurso de enaltecimento da qualidade de vida, da longevidade saudável e do envelhecimento ativo, toma frente nas propostas de políticas públicas no Brasil e em diversos países do mundo cujas tendências demográficas favorecem o prolongamento da expectativa de vida. Este discurso, ou o que Faleiros (2016) chama de “paradigma do envelhecimento ativo”, corrobora a responsabilização do indivíduo pelo processo de envelhecimento, aliado a um discurso médico de controle do corpo e dos comportamentos.

Destaca-se a importância de considerar as desigualdades sociais como matriz desencadeadora de diversos efeitos devastadores na velhice. Por exemplo, a dependência funcional acentuada em razão de um acesso limitado aos cuidados de saúde ao longo da vida, ou as desigualdades de raça e gênero, que refletem na renda recebida durante a aposentadoria. É preciso criar mecanismos para dirimir as matizes das desigualdades e ao mesmo tempo evidenciar a heterogeneidade inerente aos modos de envelhecer.

Essa pesquisa convida a uma reflexão mais profunda sobre o envelhecimento de pessoas em situação de dependência funcional, bem como sobre as Instituições de Longa Permanência do país. A incipiência do tema desperta para a urgência de novas abordagens sob diferentes olhares e perspectivas. Um passo seguinte à análise construída nessa pesquisa poderia ser a investigação sobre a realidade das pessoas idosas em situação de dependência funcional, destituídas do amparo familiar que aguardam pela liberação das vagas para uma ILPI. No decorrer desse estudo, detectou-se a recorrência destes casos principalmente entre os idosos das classes mais pobres do Distrito Federal. Outra sugestão reside no estudo do envelhecimento de pessoas em situação de rua que enfrentam a dependência funcional, no sentido de compreender como elas vivenciam este processo e em que medida as políticas de assistência atendem este segmento da população idosa.

Para além dessas considerações, acrescenta-se a evidência da invisibilidade de pessoas idosas dependentes. A negligência de cuidados inicia-se no poder público ao transferir a responsabilidade para o indivíduo e suas famílias. Democratizar o cuidado e torná-lo acessível às pessoas que necessitam de amparo é fundamental para uma sociedade mais justa e inclusiva. O comprometimento com o cuidado dos idosos deve partir de todos os setores da sociedade, das diversas áreas de conhecimento, junto aos esforços do Estado

em priorizar políticas que beneficiem os “envelhecimentos” e cuidados adequados, dignos às pessoas idosas e à própria condição humana.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMO, Laís. Inserção das mulheres no mercado de trabalho na América Latina: uma força de trabalho secundária? In: HIRATA, H.; SEGNINI, L. (orgs.) *Organização, trabalho e Gênero*. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2007.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005*. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283\\_26\\_09\\_2005.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.htm)>. Acesso em: 15 jan. 2018.

ARIÈS, Philippe. ¿Una historia de la vejez? Entrevista com Philippe Ariès. *Archipiélago: Cuadernos de crítica de la cultura*, n. 44, pp. 50-61, 2000.

BANDEIRA, Lourdes; MELLO, Hildete P; PINHEIRO, Luana S. Mulheres em Dados: o que informa a PNAD/IBGE, 2008. In: BRASIL. *Observatório Brasil da Igualdade de Gênero*. Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2009.

BEAUVOIR, Simone. *A velhice: a realidade incômoda*. São Paulo: Difusão Editorial, 1976.

BILAC, Doriane B. N. *Envelhecimento e políticas compensatórias: O Benefício de Prestação Continuada no município de Palmas, Tocantins*. Brasília, DF, 2014, 297f. Tese (Doutorado em Sociologia). Universidade de Brasília, 2014.

BIROLI, Flávia. *Responsabilidades, cuidado e democracia*. Revista Brasileira de Ciência Política, Brasília, n. 18, pp. 81-117, set./dez., 2015.

BITENCOURT, Silvana. Quando o corpo não é mais aquele: definindo o envelhecimento a partir dos “moribundos” asilados. In: VIII Congresso Português de Sociologia, 2014, Évora – Portugal. *40 anos de democracia (s): progressos, contradições e perspectivas*: APS, 2014, p. 380-390.

BORGES, Ana P. A. *Representação da população idosa na luta por seus direitos no Brasil: o caso dos conselhos estaduais do idoso*. 2009. 139f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia)- Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2009.

BURGESS, Robert G. *A pesquisa de terreno: uma introdução*. Oeiras: Celta Editora, 2001.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*: Texto Constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº. 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso. *Diário Oficial da União* 10 set 1999. Disponível em <[https://www.ufrgs.br/3idade/?page\\_id=117](https://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117)>. Acesso em 28 jan 2018.

BRASIL. Lei Nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. *Diário Oficial da União* 5 jan 1994. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm)>. Acesso em 28 jan 2018.

BRASIL. Decreto nº 1.948/96. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. *Diário Oficial da União* 5 jan 1994. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d1948.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm)> Acesso em 28 jan 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Portaria nº 2.854, de 20 de julho de 2000. *Diário Oficial da União*, 21 jul 2000. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/suas/menu\\_superior/legislacao-1/portarias/2005/2000/Portaria%20n%202854%20de%2019%20de%20%20julho%20de%202000.doc/html2pdf](http://www.mds.gov.br/suas/menu_superior/legislacao-1/portarias/2005/2000/Portaria%20n%202854%20de%2019%20de%20%20julho%20de%202000.doc/html2pdf)>. Acesso em 28 jan 2018.

BRASIL. Política Nacional de Assistência Social - PNAS/2004. Brasília: *Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome*, 2005.

BRASIL. Portaria SEAS nº 73. Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Brasília: *Ministério da Previdência e Assistência Social/Secretaria de Estado de Assistência Social*, 2001.

BRASIL, Projeto de Lei nº 2.029, de 2015, institui a Política Nacional do Cuidado e dá outras providências. *Congresso Nacional*, Brasília, 2015. Disponível em: <[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1351022](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1351022)>.

BRASIL, Projeto de Lei nº 4.702, de 2012, dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa e dá outras providências, 2012. *Congresso Nacional*, Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1053572.pdf>>.

BRASIL, Lei nº 4.602, de 15 de julho de 2011. Altera dispositivos da Lei nº 3.822, de 8 de fevereiro de 2006, que dispõe sobre a Política Distrital do Idoso e dá outras providências. Brasília: *Governo do Distrito Federal*, 2011.

BRASIL, Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil. Brasília: *Câmara dos Deputados*, 2014.

BRASIL, Lei nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015. Altera a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014. Brasília: *Congresso Nacional*, 2015.

BRITTO DA MOTTA, Alda. *As idades da mulher*. Revista *Feminismos*, v. 1, n. 3, set./dez., 2013.

\_\_\_\_\_. *As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento*. Cadernos Pagu, n. 13, pp. 191-221, 1999.

BULLA, Leonia C.; TSURUZONO, Eleni, R. *Envelhecimento, família e políticas sociais*. Revista de Políticas Públicas. São Luís, v. 14, n. 1, p. 103-112, jan./jun., 2010.

CAMARANO, Ana A. *Estatuto do Idoso: Avanços com contradições*. Brasília: Rio de Janeiro, Ipea, 2013.

\_\_\_\_\_. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco a ser assumido? In: CAMARANO, Ana A. (org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

\_\_\_\_\_. Introdução. In: ALCÂNTARA, A.; CAMARANO, A.; GIACOMIN, K. *Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

CAMARANO, Ana A.; BARBOSA, Pamela. Instituições de Longa Permanência para idosos no Brasil: do que se está falando? In: ALCÂNTARA, A.; CAMARANO, A.; GIACOMIN, K. *Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

CAMARANO, Ana A.; MELLO, Juliana L. Introdução. In: CAMARANO, A (org.). *Cuidados de Longa Duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro, IPEA, 2010.

CAMARANO, A; KANSO, Solange. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. In: CAMARANO, Ana A. (org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMARANO, Ana A.; PASINATO, Maria T. O envelhecimento populacional na agenda das Políticas Públicas. In: CAMARANO, Ana a. (org.) *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CNMP, Conselho Nacional do Ministério Público. *Manual de atuação funcional: o Ministério Público na Fiscalização das Instituições de Longa Permanência para Idosos*. Brasília: CNMP, 2016.

CODEPLAN, Companhia de Planejamento do Distrito Federal. *Perfil da população idosa no Distrito Federal*. Brasília, 2012.

CORTELETTI, Ivonne. A.; CASARA, Miriam B.; HERÉDIA. Vania B. *Idoso asilado: um estudo gerontológico*. Caxias do Sul: EDIPUCRS, 2004.

DEBERT, Guita. *Gênero e envelhecimento*. Revista Estudos Feministas, v. 33, n. 1, 1994.

DEBERT, Guita; OLIVEIRA, Glaucia da S. Os conselhos e as narrativas sobre a velhice. In: MULLER, N; PARADA, A. (orgs.). *Dez anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso: repertórios e implicações de um processo democrático*. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2013.

DEBERT, Guita; OLIVEIRA, Amanda M. de. *A profissionalização da atividade de cuidar de idosos no Brasil*. Revista Brasileira de Ciência Política, Brasília, n. 18, pp. 7-41, set./dez., 2015.

DEMO, Pedro. Participação e planejamento. In: Instituto de Planejamento Econômico e Social, IPEA (org.). *Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas*. Brasília, 1990.

DRAIBE, Sonia M. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: Instituto de Planejamento Econômico e Social, IPEA (org.). *Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas*. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. *As políticas sociais e o neoliberalismo: reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas*. Revista USP, n. 17, 1993.

ELIAS, Norbert.; SCOTSON, John L. *Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

FALEIROS, Vicente P. A Política Nacional do Idoso em questão: passos e impasses na efetivação da cidadania. In: ALCÂNTARA, A.; CAMARANO, A. GIACOMIN, K. (orgs.). *Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

\_\_\_\_\_. *Inclusão social e cidadania*. 32<sup>nd</sup> International Conference on Social Welfare. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. *Saber profissional e poder institucional*. São Paulo: Cortez, 2011.

FALEIROS, Vicente; MORANO, Tereza. *Cotidiano e relações de poder numa instituição de longa permanência para pessoas idosas*. Revista Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 8, n. 2, pp. 319-338, jul./dez., 2009.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e punir: o nascimento da prisão*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

FRASER, Nancy. *Contradictions of capital and care*. New Left Review, 2016.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.; GASKELL, G. (orgs.) *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

GIACOMIN, Karla C; COUTO, Eduardo C. A fiscalização das ILPIs: o papel dos conselhos, do ministério público e da vigilância sanitária. In: CAMARANO, Ana A. (org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

GIDDENS, Anthony. *Sociologia do corpo: saúde, doença e envelhecimento*. In: Sociologia. Porto Alegre: Artmed, 2005, pp. 128-149.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GROISMAN, Daniel. *Duas abordagens aos asilos de velhos: da clínica Santa Genoveva à história da institucionalização da velhice*. Cadernos Pagu, n. 13, pp. 161-190, 1999a.

\_\_\_\_\_. *Asilo de velhos: passado e presente*. Revista Estudos Interdisciplinares do envelhecimento. Porto Alegre, v. 2, p. 67-87, 1999b.

GUIMARÃES, Nadya A. *Casa e Mercado, amor e trabalho, natureza e profissão: controvérsias sobre o processo de mercantilização do trabalho de cuidado*. Cadernos Pagu, n. 46, pp. 59-77, jan./abr., 2016.

GUIMARÃES, Nadya A.; HIRATA, Helena S.; SUGITA, Kurumi. *Cuidado e cuidadoras: o trabalho do care no Brasil, França e Japão*. Sociologia & Antropologia, v. 1, pp. 151-180, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. IBGE, 2016.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Características das Instituições de Longa Permanência para idosos: região Centro-Oeste*. Brasília: IPEA, Presidência da República, 2008.

KUCHEMANN, Berlindes A. *Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos Dilemas e novos desafios*. Revista Sociedade e Estado, v. 27, n. 1, 2012.

LE BRETON, David. *A sociologia do corpo*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

LEMOS, Naira; MEDEIROS, Sônia L. Suporte social ao idoso dependente. In: FREITAS, E.; PY, L.; CANÇADO, F. A.; DOLL, J.; GORZONI, M. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

LIMA, Cláudia R. V. *Políticas públicas para idosos: a realidade das Instituições de Longa permanência no Distrito Federal*. Brasília, DF, 2011, 120f. Monografia (especialização em Legislativo e Políticas Públicas). Câmara dos Deputados, 2011.

MANFRIM, Aquiles; SCHIMIDT, Sergio L. Diagnóstico diferencial das demências. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

MEAD, Margaret. *Sexo e temperamento*. São Paulo, SP: Perspectiva, 1969.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Débora. Envelhecimento e deficiência. In: CAMARANO, A. (org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

MDS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social*. Secretaria Nacional de Assistência Social, Brasília, 2011.

MEDEIROS, Marcelo; NETO, Melchior S.; GRANJA, Fábio H. *Transferências, público-alvo e cobertura do Benefício de Prestação Continuada (BPC)*. Rio de Janeiro: IPEA, 2009.

MELO, Marina F. *Dimensões plásticas do voluntariado na heterogeneidade do terceiro setor brasileiro*. Revista Interações, Campo Grande, v. 19, n. 1, pp. 221-234, jan./mar, 2018.

MESTRINER, Maria L. *O Estado entre a filantropia e a assistência social*. São Paulo: Cortez, 2008.

MOLINIER, Pascale. *Cuidado, interseccionalidade e feminismo*. Revista Tempo Social, v. 26, n. 1, pp. 17-33, 2014.

NERI, Anita L. Desafios ao bem-estar físico e psicológico enfrentados por idosos cuidadores no contexto da família: dados do fibra campinas. In: CAMARANO, Ana A. (org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

PASINATO, Maria T.; KORNIS, George E. *Cuidados de longa duração para idosos: um novo risco para os sistemas de seguridade social*. Série Seguridade Social. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA, 2009.

PEIXOTO, Clarice E. Sobre a institucionalização da velhice e as condições de asilamento. In: GOLDENBERG, M. (org.) *Corpo, envelhecimento e felicidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

PINTO, Silvia P. L.; SIMSON, Olga R. de M. V.. *Instituições de Lona Permanência para idosos no Brasil: Sumário da Legislação*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, v. 1, n. 15, pp. 169-174, 2012.

ROMERO, Dalia; MARQUES, Aline; BARBOSA, Ana; SABINO, Raulino. Internações de idosos por cuidados prolongados em hospitais do SUS no Rio de Janeiro: uma análise de suas características e da fragilidade das redes sociais de cuidado. In: CAMARANO, Ana A. (org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. Educação & Realidade. Porto Alegre v. 20, n. 2, pp. 71-99, jul./dez., 1995.

SOARES, Cristiane. *Envelhecimento populacional e as condições de rendimento das idosas no Brasil*. Revista Gênero. Niterói, v. 12, n. 2, pp. 167-185, 2012.

SOARES, Angelo. (In) visíveis: gênero, emoções e violências no trabalho. In: TRÓPIA, P.; TOSTA, T.; GONÇALVES, E.; VANNUCHI, M.; SOUZA, M. (orgs.). *Mulheres trabalhadoras: (in) visíveis?*. Belo Horizonte, MG: Fino Traço, 2016.

SORIA BATISTA, A.; ARAÚJO, Anna B. *O cuidado de idosos em instituições de longa permanência*. Revista Sociedade e Estado, v. 26, n.1, jan./abr., 2011.

SORIA BATISTA, A.; BANDEIRA, L. *Trabalho de cuidado: um conceito situacional e multidimensional*. Revista Brasileira de Ciência Política, Brasília, n. 18, pp. 59-80, set./dez., 2015.

SORIA BATISTA; CODO, Wanderley. *Trabalho sujo e estigma: cuidadores da morte nos cemitérios*. Revista de Estudios Sociales, n. 63, pp. 72-83, 2018.

TEIXEIRA, Alessandra; SALLA, Fernando A.; MARINHO, Maria G. *Vadiagem e prisões correcionais em São Paulo: Mecanismos de controle no firmamento da República*. Revista Estudos Históricos, Rio de Janeiro, v. 29, pp. 381-400, mai./ago., 2016.

TRONTO, Joan. *Who cares? How to reshape a democratic politics*. Cornell University Press. Ithaca and London, 2015.

\_\_\_\_\_. *Assistência democrática e democracias assistenciais*. Sociedade e Estado, Brasília, v. 22, n. 2, p. 285-308, maio/ago. 2007.

VIRREIRA, Sonia M. El cuidado em acción. In: VIRREIRA, S.; MAGÑA, C. (orgs.). *El cuidado em acción: entre el derecho y el trabajo*. Santiago de Chile: Cuadernos de la CEPAL, 2010.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1

### ROTEIROS DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

#### **Pesquisa Envelhecimento nas Instituições: o cuidado de pessoas idosas em situação de dependência funcional**

Roteiro de Entrevista com Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)

- 1) Qual é o seu nome e o seu cargo?
- 2) Como o CREAS realiza o atendimento aos idosos em situação de vulnerabilidade social?
- 3) Qual o procedimento realizado a partir do momento em que o idoso chega à unidade do CREAS?
- 4) Quem é o idoso atendido pelo CREAS? (perfil)
- 5) Como ocorre o processo de acolhimento institucional?
- 6) Qual o tempo de espera para conseguir uma vaga em uma ILPI?
- 7) Em geral, são os idosos que recorrem ao CREAS ou as suas famílias?
- 8) Você observa uma demanda maior de homens ou de mulheres idosos (as) pelos serviços do CREAS?
- 9) Quando não é possível um atendimento imediato deste idoso, qual a situação em que ele permanece enquanto aguarda por uma vaga?
- 10) O CREAS permanece em contato com o idoso durante a espera pela vaga?

## **Pesquisa Envelhecimento nas Instituições: o cuidado de pessoas idosas em situação de dependência funcional**

Roteiro de Entrevista com Secretaria de Estado do Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos (SEDESTMIDH).

- 1) Qual o seu nome e a sua idade?
- 2) Qual o seu cargo na secretaria?
- 3) Comente um pouco sobre a Proteção Social Especial e como ela foi elaborada.
- 4) Como foi definido/elaborado o serviço de “Acolhimento Institucional para Idosos na modalidade Abrigo Institucional” que compõe a Proteção Social de Alta Complexidade?
- 5) Como é realizado o planejamento e execução de ações relativas à proteção social especial?
- 6) Quem é o idoso dependente atendido pela Proteção Social Especial? (perfil)
- 7) Como a política atende os idosos com diferentes tipos de dependência funcional?
- 8) Como a SEDESTMIDH estabelece os convênios com as ILPIs?
- 9) Atualmente quantas ILPIs são conveniadas?
- 10) Como a secretaria classifica idosos dependentes e independentes para determinar o valor mensal per capita repassado às ILPIs?
- 11) Atualmente existem novos projetos sendo elaborados na Proteção Social Especial com foco direcionado aos idosos?
- 12) Vocês realizam a avaliação dessa política? De que forma?
- 13) Qual tem sido o impacto da Proteção Social Especial na sociedade?
- 14) Se tivesse que apresentar os êxitos e as dificuldades da política, quais seriam?
- 15) O que poderia ser feito para a melhoria/ajustamento da política?
- 16) A Proteção Social Especial é uma medida aplicada em todos os Estados brasileiros ou é necessária uma articulação/acordo entre governo estadual e União?

## **Pesquisa Envelhecimento nas Instituições: o cuidado de pessoas idosas em situação de dependência funcional**

Roteiro de Entrevista com representante do Conselho de Direitos do Idoso do Distrito Federal (CDI).

- 1) Qual o seu nome e qual o seu cargo no CDI?
- 2) Para que serve o conselho do idoso? Quais são as funções?
- 3) Qual a composição do conselho?
- 4) Atualmente quais são os maiores problemas e pautas enfrentadas pelo conselho?
- 5) Qual a influência do conselho sob a ILPIs?
- 6) Como é realizada a fiscalização nas ILPIs?
- 7) Qual a preocupação do conselho com relação aos idosos em situação de dependência funcional?

## **Pesquisa Envelhecimento nas Instituições: o cuidado de pessoas idosas em situação de dependência funcional**

### Roteiro de Entrevista com o Psicólogo da Instituição de Longa Permanência

- 1) Qual seu nome e sua idade?
- 2) Qual sua formação e especialização?
- 3) Há quanto tempo você trabalha na instituição?
- 4) Você exerce alguma outra atividade profissional além da instituição?
- 5) Quais funções você desempenha na instituição?
- 6) Qual é a sua rotina de trabalho?
- 7) Fale sobre a relação entre cuidadores e idosos.
- 8) Fale sobre a relação entre os idosos e os familiares.
- 9) Quais os principais motivos que levam os idosos a residirem na instituição?
- 10) Há diferenças entre homens e mulheres no processo de adaptação à instituição?  
Quais?
- 11) Quais são as demandas dos idosos dependentes?
- 12) Como essas demandas afetam a dinâmica da instituição?
- 13) Como você encara o trabalho voluntário na instituição?
- 14) Do ponto de vista da sua experiência profissional, como o Estado atende esta instituição?

## **Pesquisa Envelhecimento nas Instituições: o cuidado de pessoas idosas em situação de dependência funcional**

### Roteiro de Entrevista com o Assistente Social da Instituição de Longa Permanência

- 1) Qual o seu nome e idade?
- 2) Qual a sua formação e especialização?
- 3) Há quanto tempo você trabalha na instituição?
- 4) Você exerce alguma outra atividade profissional além da instituição?
- 5) Quais funções você desempenha na instituição?
- 6) Qual é a sua rotina de trabalho?
- 7) Como as famílias desempenham o seu papel em coparceria com a instituição?
- 8) Como ocorre o processo de admissão dos idosos na instituição?
- 9) Quais são os tipos de trabalhos voluntários exercidos na instituição?
- 10) Quem são os voluntários da instituição?
- 11) Quais são as principais instituições parceiras do Lar dos Velinhos? Como vocês estabelecem as parcerias? (doações)
- 12) De que forma o Estado interfere na dinâmica institucional?
- 13) Como a política de cuidado para idosos em situação de dependência funcional (Proteção Social Especial) atende as demandas dos idosos?
- 14) Você acha que essa instituição segue a orientação da política? De que forma?
- 15) Descreva como essa política influencia na vida das pessoas com dependência funcional.
- 16) Como o recurso da política é aplicado?
- 17) Quais são as prioridades na implementação dos recursos?

## **Pesquisa Envelhecimento nas Instituições: o cuidado de pessoas idosas em situação de dependência funcional**

### Roteiro de Entrevista com Fisioterapeuta da Instituição de Longa Permanência

- 1) Qual o seu nome e idade?
- 2) Qual a sua formação e especialização?
- 3) Há quanto tempo você trabalha na instituição?
- 4) Você exerce outra atividade profissional além da instituição?
- 5) Quais funções você desempenha na instituição?
- 6) Por que o grupo de estagiários da fisioterapia atua na instituição? Qual o objetivo deste projeto?
- 7) Os estudantes são preparados para o trabalho com os idosos?
- 8) Como você compreende as demandas dos idosos em situação de dependência funcional quando a comunicação é debilitada?
- 9) Como vocês classificam os idosos dependentes e independentes? Qual o critério de classificação utilizado?
- 10) Há uma infraestrutura adequada para o atendimento da fisioterapia?
- 11) De modo geral, qual é o nível de recuperação que os pacientes apresentam?
- 12) Quem tem maior disposição de se recuperar dos problemas de saúde, homens ou mulheres?
- 13) Quem se recupera de fato são os homens ou as mulheres?
- 14) Dentre os estudantes de fisioterapia, quais se interessam mais pelo tratamento dos idosos, homens ou mulheres?

## **Pesquisa Envelhecimento nas Instituições: o cuidado de pessoas idosas em situação de dependência funcional**

### Roteiro de Entrevista com voluntário da Instituição de Longa Permanência

- 1) Qual seu nome e idade?
- 2) Qual sua profissão?
- 3) Qual a sua religião?
- 4) Como você conheceu o Lar dos Velhinhos?
- 5) Qual o trabalho voluntário que você desenvolve no Lar dos Velhinhos?
- 6) Por que você desenvolve esse trabalho?
- 7) Há quanto tempo você desenvolve esse trabalho?
- 8) Você tem proximidade com os idosos da instituição?
- 9) Como você percebe que a instituição encara o trabalho voluntário que você desenvolve?
- 10) De que forma o seu trabalho contribui para a instituição?

## **Pesquisa Envelhecimento nas Instituições: o cuidado de pessoas idosas em situação de dependência funcional**

### Roteiro de Entrevista com cuidadores de idosos da Instituição de Longa Permanência

- 1) Qual o seu nome e sua idade?
- 2) Qual o nível de escolaridade e formação?
- 3) O que levou você a trabalhar como cuidador (a) de idosos?
- 4) Você gosta de trabalhar como cuidador (a)?
- 5) O que é cuidado para você?
- 6) Como é a sua rotina de trabalho?
- 7) Como é a sua rotina em casa?
- 8) Quais são as atividades que você considera mais simples e mais complexas no seu trabalho?
- 9) Quais as diferenças entre o cuidado de idosos dependentes e independentes?
- 10) Quais são as diferenças que você percebe no cuidado de homens e de mulheres?
- 11) Existem demandas específicas no cuidado de homens e de mulheres? Quais são?
- 12) Quais são as facilidades e dificuldades no cuidado dos idosos dependentes?
- 13) Como você sabe quais são as necessidades dos idosos dependentes?
- 14) Como você sabe que o idoso teve as suas necessidades atendidas?
- 15) De que forma o seu trabalho poderia ser facilitado com relação ao cuidado dos idosos dependentes?

## **Pesquisa Envelhecimento nas Instituições: o cuidado de pessoas idosas em situação de dependência funcional**

### Roteiro de Entrevista com pessoas idosas residentes na Instituição de Longa Permanência

- 1) Qual o seu nome e a sua idade?
- 2) Há quanto tempo você está no Lar dos Velinhos? Quais os motivos de residir na instituição?
- 3) Quais os problemas de saúde que causaram as suas debilidades físicas?
- 4) Atualmente você faz tratamentos de saúde? Quais?
- 5) Como é a sua rotina na instituição?
- 6) Você desenvolve atividades na instituição? Quais? Por quê?
- 7) Antes de residir na ILPI, qual era a sua ocupação?
- 8) Em quais atividades/funções você necessita de ajuda?
- 9) São homens ou mulheres cuidadores que auxiliam?
- 10) Para você, o que significa ser cuidado?
- 11) Você se depara com algum tipo de constrangimento durante a prática do cuidado?
- 12) Como você se sente em relação à situação de dependência funcional?
- 13) O que você acha do trabalho voluntário desenvolvido na instituição?
- 14) Quais as mudanças que você considera necessárias para melhorar o cuidado e o atendimento dos idosos na instituição?
- 15) Você acha que as mulheres idosas deveriam ter algum tipo de cuidado específico? Qual?
- 16) Você acha que os homens idosos deveriam ter algum tipo de cuidado específico? Qual?

## APÊNDICE 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, de nacionalidade \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, estado civil \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, endereço \_\_\_\_\_, estou sendo convidado (a) a participar de um estudo intitulado “O envelhecimento nas instituições: o cuidado de idosos em situação de dependência funcional”, cujos objetivos são: analisar as políticas públicas de cuidado de longa duração implementadas nas Instituições de Longa Permanência, bem como as demandas dos idosos frente às complexidades presentes na situação de dependência funcional.

A minha participação no referido estudo será no sentido de conceder uma entrevista à pesquisadora, mediante o uso de um aparelho gravador de áudio que tornará possível a posterior análise do conteúdo registrado.

Recebi os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados somente serão obtidos após a sua realização. Assim, caso ocorra desconforto ou constrangimento com relação às questões apresentadas pela pesquisadora, poderei me negar a respondê-las.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado (a) de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo.

As pesquisadoras envolvidas com o referido projeto são Stephanie Natalie Burille, estudante de mestrado em Sociologia da Universidade de Brasília e Analía Soria Batista, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> do Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília e com elas poderei manter contato pelos telefones xxxx (Stephanie) e xxxx (Analía).

É assegurado o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Por fim, tendo sido orientado (a) quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou pagar, por minha participação.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Nome e assinatura do (a) entrevistado (a)

---

Nome e assinatura da pesquisadora

## APÊNDICE 3

### Planilha - Perfil sócio-demográfico dos idosos

Perfil sócio-demográfico dos idosos												
Nº	Sexo	Naturalidade	Data de nascimento	Idade	Estado Civil	Filhos (qtd.)	Sexo dos filhos	Benefício	Nível de alfabetização	Admissão	Período na ILPI (anos)	Grau de dependência
1	F	MG	01/01/1940	78	Solteiro	0	Ausente	BPC	Não alfabetizado	09/12/1996	22	3
2	F	CE	25/10/1939	79	Divorciado	2	F	BPC	Não declarado	07/07/2006	12	2
3	F	GO	02/04/1942	76	Viúvo	2	F/M	Pensão	Alfabetizado	18/07/2014	4	2
4	F	GO	20/04/1932	86	Solteiro	1	M	BPC	Não alfabetizado	25/04/2005	13	2
5	F	MG	06/11/1936	82	Solteiro	2	M	BPC	Não alfabetizado	28/05/2014	4	3
6	F	GO	18/05/1929	89	Solteiro	0	Ausente	BPC	Não alfabetizado	15/02/2005	13	1
7	F	PE	25/08/1933	85	Viúvo	1	M	BPC	Não declarado	06/04/2016	2	2
8	F	CE	09/02/1936	82	Solteiro	0	Ausente	BPC	Alfabetizado	27/05/2015	3	1
9	F	BA	03/10/1940	78	Divorciado	3	F	BPC	Não alfabetizado	28/05/2014	4	3
10	F	PE	03/11/1937	81	Viúvo	2	F/M	BPC	Não alfabetizado	22/06/2016	2	2
11	F	MA	20/01/1942	76	Solteiro	0	Ausente	BPC	Não alfabetizado	12/04/2007	11	3
12	F	BA	24/08/1942	76	Divorciado	2	F/M	BPC	Não alfabetizado	06/04/2004	14	3
13	F	RJ	12/10/1936	82	Viúvo	3	F/M	BPC	Alfabetizado	23/11/2016	2	3
14	F	MA	25/10/1931	87	Solteiro	4	M	Aposentadoria	Alfabetizado	20/04/2016	2	1
15	F	GO	15/09/1936	82	Solteiro	1	F	BPC	Não alfabetizado	09/07/2001	17	3
16	F	RJ	10/02/1944	74	Viúvo	1	F	BPC	Alfabetizado	07/08/1992	26	1
17	F	MG	09/11/1918	100	Solteiro	0	Ausente	BPC	Alfabetizado	19/03/2003	15	2
18	F	MG	13/12/1944	74	Solteiro	0	Ausente	Aposentadoria	Alfabetizado	12/12/2013	5	1
19	F	RJ	10/09/1930	88	Casado	1	M	BPC	Alfabetizado	01/12/2010	8	3
20	F	GO	14/08/1942	76	Solteiro	0	Ausente	Aposentadoria	Não alfabetizado	30/10/2006	12	2
21	F	RN	27/09/1927	91	Viúvo	3	F	BPC	Não alfabetizado	05/11/2013	5	2
22	F	BA	10/05/1937	81	Solteiro	1	M	BPC	Não alfabetizado	26/10/2016	2	3
23	F	BA	10/02/1951	67	Casado	1	M	BPC	Não alfabetizado	14/08/2012	6	2
24	F	BA	01/02/1940	78	Viúvo	1	F	BPC	Alfabetizado	05/06/2007	11	1
25	F	PE	27/07/1924	94	Divorciado	1	M	BPC	Alfabetizado	17/03/1997	21	2
26	F	SP	05/10/1935	83	Solteiro	0	Ausente	Aposentadoria	Alfabetizado	27/07/2017	1	1
27	F	GO	05/05/1937	81	Solteiro	0	Ausente	BPC	Não alfabetizado	13/06/1997	21	1
28	F	MG	10/05/1936	82	Solteiro	0	Ausente	BPC	Alfabetizado	21/01/2015	3	2
29	F	CE	05/11/1945	73	Divorciado	3	F/M	BPC	Alfabetizado	28/02/2011	7	2
30	F	GO	27/05/1952	66	Solteiro	0	Ausente	Aposentadoria	Alfabetizado	01/07/2015	3	2
31	F	MG	24/06/1935	83	Solteiro	2	F/M	BPC	Não declarado	20/03/2013	5	2
32	F	MG	03/08/1945	73	Solteiro	0	Ausente	BPC	Não alfabetizado	01/08/2005	13	2
33	F	CE	25/08/1950	68	Viúvo	9	F/M	BPC	Não alfabetizado	22/06/2016	2	2
34	F	RN	10/08/1933	85	Solteiro	0	Ausente	BPC	Não alfabetizado	21/06/1994	24	3
35	F	MG	03/03/1922	96	Viúvo	3	F/M	Aposentadoria	Não alfabetizado	02/05/2005	13	3
36	F	RJ	02/11/1938	80	Viúvo	2	M	Aposentadoria	Alfabetizado	15/09/2010	8	3
37	F	MG	03/02/1929	89	Solteiro	0	Ausente	BPC	Alfabetizado	26/08/2004	14	2
38	F	MG	05/08/1929	89	Solteiro	0	Ausente	BPC	Não alfabetizado	09/06/2005	13	1
39	F	CE	25/02/1933	85	Solteiro	2	M	BPC	Não alfabetizado	01/04/1991	27	2
40	F	MG	30/09/1944	74	Solteiro	1	M	BPC	Não declarado	10/04/2014	4	2
41	F	GO	17/12/1930	88	Viúvo	2	M	Aposentadoria	Alfabetizado	15/10/2014	4	1
42	F	AM	27/07/1929	89	Solteiro	0	Ausente	Pensão	Alfabetizado	15/07/2015	3	1
43	F	BA	01/06/1932	86	Viúvo	0	Ausente	Aposentadoria	Não declarado	06/03/2017	1	2
44	M	SP	28/05/1955	63	Divorciado	0	Ausente	BPC	Alfabetizado	30/08/2017	1	2
45	M	PB	10/05/1942	76	Solteiro	0	Ausente	BPC	Alfabetizado	11/12/2007	11	3
46	M	PI	29/02/1952	66	Divorciado	5	F/M	BPC	Alfabetizado	21/10/2015	3	2
47	M	CE	12/08/1934	84	Solteiro	1	F	BPC	Não alfabetizado	07/12/2016	2	2
48	M	CE	15/09/1940	78	Solteiro	0	Ausente	BPC	Alfabetizado	10/06/2006	12	2
49	M	RS	25/05/1941	77	Solteiro	0	Ausente	BPC	Alfabetizado	28/12/2012	6	2
50	M	BA	05/02/1935	83	Solteiro	0	Ausente	BPC	Não alfabetizado	28/03/2008	10	1
51	M	BA	02/06/1942	76	Solteiro	0	Ausente	BPC	Não alfabetizado	01/03/2012	6	3
52	M	GO	05/07/1949	69	Solteiro	0	Ausente	BPC	Alfabetizado	28/01/2013	5	2
53	M	CE	11/07/1946	72	Solteiro	5	F/M	BPC	Não alfabetizado	14/12/2012	6	3
54	M	RN	10/07/1934	84	Solteiro	0	Ausente	BPC	Alfabetizado	02/10/2003	15	3
55	M	CE	03/06/1946	72	Solteiro	0	Ausente	BPC	Alfabetizado	30/10/2007	11	2
56	M	RJ	01/05/1946	72	Viúvo	1	F	BPC	Alfabetizado	16/01/2013	5	1
57	M	PI	09/10/1950	68	Divorciado	2	F/M	BPC	Não declarado	31/07/2015	3	Não declar
58	M	MA	02/04/1949	69	Solteiro	3	F	BPC	Não alfabetizado	14/12/2016	2	3
59	M	RN	05/04/1945	73	Solteiro	0	Ausente	BPC	Alfabetizado	12/05/2005	13	3
60	M	RS	18/11/1938	80	Casado	2	F/M	BPC	Alfabetizado	08/02/2012	6	3
61	M	PB	14/07/1935	83	Divorciado	3	F/M	Aposentadoria	Alfabetizado	26/10/2016	2	3
62	M	RN	18/08/1949	69	Solteiro	2	F/M	BPC	Alfabetizado	31/05/2017	1	2
63	M	CE	02/02/1932	86	Solteiro	1	M	BPC	Não alfabetizado	15/04/2015	3	3
64	M	MG	16/07/1945	73	Solteiro	4	Desconhece	BPC	Não declarado	30/01/2014	4	1
65	M	MG	16/03/1951	67	Casado	1	M	BPC	Não alfabetizado	07/10/2015	3	3
66	M	PE	27/02/1944	74	Solteiro	4	F/M	BPC	Alfabetizado	14/09/2016	2	1
67	M	PE	19/06/1944	74	Solteiro	1	M	BPC	Não declarado	11/06/2013	5	2
68	M	RN	22/12/1946	72	Divorciado	3	F/M	Aposentadoria	Alfabetizado	01/06/2011	7	2
69	M	BA	16/08/1949	69	Viúvo	3	F/M	BPC	Alfabetizado	16/12/2015	3	2
70	M	MG	26/09/1942	76	Solteiro	5	F/M	BPC	Alfabetizado	01/10/2003	15	3
71	M	RJ	13/07/1922	96	Solteiro	0	Ausente	Aposentadoria	Alfabetizado	03/06/2004	14	2
72	M	GO	01/04/1949	69	Divorciado	2	M	Auxílio doença	Alfabetizado	16/09/2016	2	2
73	M	RJ	29/08/1951	67	Solteiro	0	Ausente	BPC	Alfabetizado	26/04/2017	1	1
74	M	PI	18/05/1938	80	Viúvo	1	M	Aposentadoria	Não declarado	13/01/2012	6	2
75	M	BA	03/04/1939	79	Divorciado	3	F/M	Aposentadoria	Alfabetizado	29/12/2016	2	1
76	M	CE	04/04/1919	99	Solteiro	3	Desconhece	BPC	Não alfabetizado	24/04/2006	12	3
77	M	CE	04/08/1946	72	Solteiro	0	Ausente	Aposentadoria	Alfabetizado	22/07/2015	3	3
78	M	BA	18/02/1921	97	Solteiro	0	Ausente	Não declarado	Não alfabetizado	31/07/1980	38	2
79	M	PE	28/05/1945	73	Solteiro	0	Desconhece	BPC	Não alfabetizado	23/08/2017	1	2
80	M	BA	28/09/1945	73	Solteiro	0	Ausente	BPC	Alfabetizado	23/08/2017	1	3
81	M	MG	14/07/1951	67	Solteiro	0	Ausente	BPC	Não alfabetizado	11/06/2013	5	3
82	M	CE	09/05/1935	83	Solteiro	0	Ausente	BPC	Alfabetizado	14/05/2014	4	3
83	M	MG	25/04/1955	63	Divorciado	1	F	Aposentadoria	Não declarado	08/05/2014	4	2
84	M	RJ	01/06/1940	78	Solteiro	0	Ausente	Aposentadoria	Alfabetizado	19/09/2005	13	2
85	M	MG	31/12/1951	67	Solteiro	0	Ausente	BPC	Não alfabetizado	15/02/2017	1	2
86	M	RN	05/11/1931	87	Solteiro	0	Ausente	Aposentadoria	Alfabetizado	30/08/2017	1	3
87	M	RS	15/04/1950	68	Viúvo	1	F	BPC	Alfabetizado	30/07/2014	4	1
88	M	GO	15/05/1955	63	Solteiro	0	Ausente	BPC	Não alfabetizado	06/09/2017	1	3
89	M	PI	12/03/1952	66	Solteiro	0	Ausente	BPC	Alfabetizado	30/08/2017	1	2

## APÊNDICE 4

### Planilha - Perfil sócio-demográfico dos cuidadores de idosos

Perfil sócio-demográfico dos cuidadores										
Nº	Sexo	Naturalidade de	Data de Nascimento	Idade	Estado Civil	Endereço	Grau de instrução	Data de admissão	Tempo na instituição (anos)	Registros de doença/acidente
1	M	DF	06/11/1976	42	Casado	Riacho Fundo - Brasília	Ensino médio	01/08/2016	2	1
2	F	MA	09/11/1973	45	Solteiro	Recanto das Emas - Brasília	Não declarado	02/02/2011	7	5
3	M	DF	04/08/1997	21	Solteiro	Recanto das Emas - Brasília	Ensino médio	14/03/2017	1	0
4	F	MA	21/10/1976	42	Solteiro	Ceilândia - Brasília	Ensino médio	10/10/2012	6	8
5	F	DF	08/06/1978	40	Solteiro	Samambaia - Brasília	Ensino médio	01/04/2014	4	1
6	F	BA	28/04/1968	50	Casado	Aguas Lindas de Goiás - GO	Ensino médio	10/04/2015	3	0
7	M	MG	10/12/1982	36	Divorciado	Luziania - GO	Ensino médio	13/11/2015	3	2
8	F	MA	08/03/1977	41	Casado	Samambaia - Brasília	Ensino médio	10/04/2015	3	0
9	F	DF	10/04/1979	39	Solteiro	Taguatinga - Brasília	Ensino médio	02/04/2013	5	4
10	M	DF	08/03/1995	23	Solteiro	Gama - Brasília	Ensino médio	02/06/2017	1	1
11	F	MG	16/08/1957	61	Casado	Recanto das Emas - Brasília	Não declarado	01/06/1995	23	12
12	F	DF	14/01/1980	38	Casado	Cidade Ocidental - GO	Ensino médio	08/08/2014	4	11
13	F	MA	02/07/2013	5	Solteiro	Recanto das Emas - Brasília	Ensino médio	02/07/2013	5	8
14	F	DF	22/08/1995	23	Solteiro	Samambaia - Brasília	Ensino médio	01/10/2015	3	14
15	M	DF	10/11/1975	43	Solteiro	Guará - Brasília	Ensino médio	03/07/2015	3	5
16	F	GO	11/08/1993	25	Solteiro	Samambaia - Brasília	Ensino médio	14/07/2014	4	1
17	M	DF	17/12/1978	40	Casado	Cidade Ocidental - GO	Ensino médio	11/03/2015	3	6
18	F	MA	11/02/1973	45	Viúvo	Recanto das Emas - Brasília	Ensino médio	15/06/2010	8	9
19	M	PI	02/11/1976	42	Solteiro	Santo Antonio do Descoberto - DF	Ensino Fundame	01/08/1996	22	6
20	F	SP	12/08/1991	27	Casado	Santo Antonio do Descoberto - DF	Ensino médio	09/10/2015	3	0
21	F	PI	19/06/1986	32	Solteiro	Candangolandia - Brasília	Ensino médio	12/05/2015	3	5
22	M	DF	03/04/1992	26	Casado	Novo Gama - GO	Ensino médio	01/09/2016	2	2
23	F	CE	25/03/1976	42	Casado	Riacho Fundo - Brasília	Ensino Fundame	05/01/2007	11	4
24	F	MA	11/07/1964	54	Casado	Núcleo Bandeirante - Brasília	Ensino médio	06/11/2015	3	1
25	F	MA	22/12/1979	39	Divorciado	Taguatinga - Brasília	Ensino médio	04/09/2015	3	0
26	F	TO	02/11/1978	40	Solteiro	Aguas Lindas de Goiás - GO	Ensino médio	06/04/2015	3	0
27	F	DF	04/09/1984	34	Solteiro	Santo Antonio do Descoberto - DF	Ensino médio	04/03/2015	3	0
28	F	MA	19/11/1982	36	Solteiro	Guará - Brasília	Ensino médio	04/10/2010	8	0
29	F	CE	11/03/1986	32	Solteiro	Santo Antonio do Descoberto - DF	Ensino médio	02/09/2015	3	6
30	F	MA	30/01/1980	38	Casado	Brasília	Ensino médio	26/03/2013	5	3
31	F	BA	09/01/1980	38	Solteiro	Riacho Fundo - Brasília	Ensino médio	13/02/2014	4	0
32	F	DF	16/09/1974	44	Casado	Ceilândia - Brasília	Ensino médio	10/11/2015	3	0
33	F	DF	02/04/1981	37	Casado	Samambaia - Brasília	Ensino médio	23/04/2012	6	6
34	F	GO	04/11/1976	42	Casado	Samambaia - Brasília	Ensino médio	01/04/2013	5	3
35	F	BA	27/12/1970	48	Solteiro	Recanto das Emas - Brasília	Ensino Fundame	01/12/1999	19	6
36	F	PI	14/02/1966	52	Casado	Taguatinga - Brasília	Ensino médio	10/02/2012	6	5
37	F	GO	13/06/1975	43	Casado	Guará - Brasília	Ensino Superior	20/11/2014	4	1
38	F	GO	15/11/1976	42	Solteiro	Samambaia - Brasília	Não declarado	10/12/2013	5	1
39	F	MG	26/12/1982	36	Solteiro	Cidade Ocidental - GO	Ensino médio	10/11/2014	4	3
40	F	PI	25/12/1955	63	Solteiro	Ceilândia - Brasília	Ensino Fundame	26/04/1994	24	7

## **ANEXOS**

## ANEXO I

Portaria nº 114, de 30 de Agosto de 2016

Nº 166, quinta-feira, 1 de setembro de 2016

Diário Oficial do Distrito Federal

### SECRETARIA DE ESTADO DO TRABALHO, DESENVOLVIMENTO SOCIAL, MULHERES, IGUALDADE RACIAL E DIREITOS HUMANOS

PORTARIA Nº 114, DE 30 DE AGOSTO DE 2016.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DO TRABALHO, DESENVOLVIMENTO SOCIAL, MULHERES, IGUALDADE RACIAL E DIREITOS HUMANOS DO DISTRITO FEDERAL, com base nas atribuições que lhe confere o art. 105, parágrafo único, incisos I, III e V da Lei Orgânica do Distrito Federal e com base na autorização da GOVERNANÇA-DF (item 5 - Deliberação), exarada nos autos do Processo nº 380.001.688/2012, RESOLVE:

Art. 1º Alterar o art. 8º da Portaria Nº 31, de 20 de maio de 2013, que passa a ter a seguinte redação:

"Art. 8º Os valores mensais de referência passam a vigorar, a partir de 1º de setembro de 2016, conforme ANEXO II, o qual integra esta Portaria."

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revogam-se as disposições contrárias.

GUTENBERG GOMES

#### ANEXO II

PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	Valor de Referência por vaga R\$/mês
Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Crianças e Adolescentes de 06 a 14 anos	298,80
Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Adolescentes de 15 a 17 anos	298,80
Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Pessoas Idosas	357,01
Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas Idosas	298,80
Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência	298,80
PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE	Valor de Referência por vaga R\$/mês
Serviço Especializado em Abordagem Social	280,60
Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e suas Famílias - Ações de Habilitação e Reabilitação	833,87
Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas Idosas e suas Famílias	833,87
Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e suas Famílias - Centro-Diá	833,87
PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE	Valor de Referência por vaga R\$/mês
Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes na modalidade Casa-Lar	2.318,71 (sem deficiência) 3.091,62 (com deficiência)
Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes na modalidade Abrigo Institucional	1.932,49 (sem deficiência) 2.303,10 (com deficiência)
Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias na modalidade Abrigo Institucional	1.515,20
Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias na modalidade Casa de Passagem	1.760,14
Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência na modalidade de Residência Inclusiva	3.372,68
Serviço de Acolhimento Institucional para Idosos na modalidade Casa-Lar	2.318,71 (independentes) 3.091,62 (dependentes)
Serviço de Acolhimento Institucional para Idosos na modalidade Abrigo Institucional	1.932,49 (independentes) 2.303,10 (dependentes)
Serviço de Acolhimento em República para Jovens, Adultos ou Idosos	1.127,34
Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora para Crianças e Adolescentes	3.091,62
SERVIÇOS TRANSITÓRIOS	Valor de Referência por vaga R\$/mês
Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos com deficiência, na modalidade Abrigo Institucional	2.303,10

Art. 1º Reinstaurar a Sindicância de 2015, publicada no DODF nº 255, inciso II, alínea "b", combinado com o disposto no art. 840, de 23 de dezembro de 2015, RESOLVE:  
Art. 2º Estabelecer o prazo de trinta (30) dias para a apresentação de defesa.  
Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.  
JOSE GU

PORTARIA Nº 114, DE 30 DE AGOSTO DE 2016.  
O SECRETÁRIO DE ESTADO DO TRABALHO, DESENVOLVIMENTO SOCIAL, MULHERES, IGUALDADE RACIAL E DIREITOS HUMANOS DO DISTRITO FEDERAL, com base nas atribuições que lhe confere o art. 105, parágrafo único, incisos I, III e V da Lei Orgânica do Distrito Federal e com base na autorização da GOVERNANÇA-DF (item 5 - Deliberação), exarada nos autos do Processo nº 380.001.688/2012, RESOLVE:  
Art. 1º Reinstaurar a Sindicância de 2015, publicada no DODF nº 255, inciso II, alínea "b", combinado com o disposto no art. 840, de 23 de dezembro de 2015, RESOLVE:  
Art. 2º Estabelecer o prazo de trinta (30) dias para a apresentação de defesa.  
Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.  
JOSE GU

PORTARIA Nº 114, DE 30 DE AGOSTO DE 2016.  
O SECRETÁRIO DE ESTADO DO TRABALHO, DESENVOLVIMENTO SOCIAL, MULHERES, IGUALDADE RACIAL E DIREITOS HUMANOS DO DISTRITO FEDERAL, com base nas atribuições que lhe confere o art. 105, parágrafo único, incisos I, III e V da Lei Orgânica do Distrito Federal e com base na autorização da GOVERNANÇA-DF (item 5 - Deliberação), exarada nos autos do Processo nº 380.001.688/2012, RESOLVE:  
Art. 1º Reinstaurar a Sindicância de 2015, publicada no DODF nº 255, inciso II, alínea "b", combinado com o disposto no art. 840, de 23 de dezembro de 2015, RESOLVE:  
Art. 2º Estabelecer o prazo de trinta (30) dias para a apresentação de defesa.  
Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.  
JOSE GU

#### CONSELHO DE P

RESULTADO  
DE DESENVOLVIMENTO  
A Câmara Técnica do Conselho de 2016, aprovou os processos em publicação no Diário Oficial do Distrito Federal nº 21.500, de 11 de setembro de 2016.

NOME DO SOLICITANTE
Agustino Leites
Agnes Espada
Cleto Klein
Flávia Lúcia Agnes
Lauri Zanella
Nelson José Guimarães
Teresa Sobral Kollemberg
Teresa Sobral Kollemberg
Walter Alberto Daga

CRIST

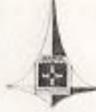
### SECRETARIA DE ESTADO DO TRABALHO, DESENVOLVIMENTO SOCIAL, MULHERES, IGUALDADE RACIAL E DIREITOS HUMANOS

#### SUBSECRETARIA DE ESTADO DO TRABALHO, DESENVOLVIMENTO SOCIAL, MULHERES, IGUALDADE RACIAL E DIREITOS HUMANOS

ORDEN DE SERVIÇO  
O SUBSECRETÁRIO DO SISTEMA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL DO DISTRITO FEDERAL, com base nas atribuições que lhe são atribuídas pelo art. 840, de 23/11/2011, Art. 1º Prorrogar por 30 (trinta) dias a Portaria nº 014/2016-SESIPE/Sindicância nº 014/2016-SESIPE publicada no DODF nº 146, de

## ANEXO II

### Pauta da Reunião Extraordinária do CDI/DF

 <b>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL</b> <b>SECRETARIA DE ESTADO DO TRABALHO,</b> <b>DESENVOLVIMENTO SOCIAL,</b> <b>MULHERES, IGUALDADE RACIAL E</b> <b>DIREITOS HUMANOS DO DISTRITO FEDERAL</b> <b>CONSELHO DOS DIREITOS DO IDOSO</b> EQS 112/113 Estação do Metrô Telefone: 3345-6628 ou 3346-9563 E-mail: edi.df@hotmail.com		113033 0030
<b>2ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CDI/DF</b>		
<b>DESTINATÁRIO:</b> <b>CONSELHEIROS</b>	<b>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL</b>	
<b>REMETENTE:</b> <b>CONSELHO DOS DIREITOS DO IDOSO DO DF – CDI/DF</b>	<b>Nº PAG.</b> <b>01</b>	
Data: 23 / 11 / 2017 – QUINTA-FEIRA Horário: 14h LOCAL: Sala de triagem do CDI/DF, Estação do Metrô da 112/212 – “Estação da Cidadania”		
<b>PAUTA</b>		
I. Abertura;		
II. Justificativa de ausência dos (as) Conselheiros (as);		
III. Aprovação da Pauta;		
IV. Aprovação da Ata da 8ª Reunião Ordinária do CDI/DF, referente ao exercício de 2017;		
V. Aprovação da Resolução nº 103, de 23 de novembro de 2017 que trata da nomeação da Comissão Eleitoral 2018-2020 e Edital nº 01, de 23 de novembro de 2017 referente ao Processo Eleitoral de escolha de representantes da Sociedade Civil para o CDI/DF, gestão 2018-2020;		
VI. Apresentação do(s) parecer(es) da Comissão de Fiscalização e Registro e consequente Deliberação do(s) registro(s) da(s) entidade(s):		
- Processo nº 00431-00006167/2017-15 – Registro Lar Canaã;		
- Processo nº 00431-00007551/2017-35 – Inscrição de Programa do Instituto Bombeiros de Responsabilidade Social – IBRES;		
- Processo nº 00431-00007554/2017-79 – Renovação de Inscrição de Programa da Federação Espírita Brasileira – FEB;		
- Processo nº 00431-00007556/2017-68 – Renovação de Registro Associação dos Idosos Paz e Amor: <i>- centro de convivência - fone, tabl, quadras, conv, dança</i>		
- Processo nº 00431-00007559/2017-00 – Renovação de Registro Espaço Convivência		
- Processo nº 00431-00007560/2017-26 – Registro Instituto de Cuidados ao Idoso Marlina <i>Noriega IDMAN; ICI - mulheres</i>		
- Processo nº 00431-00006185/2017-05 – Registro Lar Francisco de Assis/Lar dos Velinhos <i>fam</i>		
- Processo nº 00431-00006175/2017-61 – Renovação de Registro Associação Comunitária de Saúde;		
- Processo nº 0431-0000998/2017 – Instituto Ladainha; <i>- Espaço - melhor instituição no metrô espaço</i>		
- Processo nº 0431-00008503/2017-64 – Associação dos Idosos do Guará;		
- Processo nº 0431-00009554/2017-11 – Casa do Candango: <i>Comitê - participação com melhorias - fone</i>		
VI. Deliberação acerca das minutas das Resoluções nº 93, 94, 95 e 104/2017;		
VII. Informes Gerais;		
VIII. Encerramento.		

### ANEXO III

#### Lista de rotina de trabalho dos cuidadores

##### **Rotina para cuidadores de idosos – Diurno**

- 06h – Oferecer ingestão hídrica – diariamente;
- 06h30 – Ajudar no desjejum – diariamente;
- 07h30 – Realizar a higiene oral – diariamente;
- 08h – Banho e higienização do paciente em caso de emergência – diariamente;
- 08h – Banho do paciente acamado – diariamente;
- 08h – Realizar banho de aspersão – diariamente;
- 08h30 – Oferecer ingestão hídrica – diariamente;
- 09h – Realizar hidratação da pele – diariamente;
- 09h30 – Oferecer o lanche – diariamente;
- 10h – Lavagem das cadeiras de rodas – terças – todas do bloco C;
- 10h – Oferecer ingestão hídrica – diariamente;
- 11h – Oferecer o almoço;
- 12h – Higiene oral – diariamente;
- 12h às 14h – Horário de repouso dos funcionários;
- 14h – Oferecer o lanche – diariamente;
- 15h – Organizar os quartos dos pacientes – quartas e sextas (faxina geral) – todas dos blocos A e B;
- 15h30 – Troca de fraldas – diariamente;
- 15h40 – Oferecer ingestão hídrica – diariamente;
- 16h – Realizar com o paciente: banho de sol, atividade e caminhada – diariamente para todos os pacientes;
- 16h20 – Fazer a higienização dos objetos pessoais – domingos e segundas – para todos os pacientes – em todos os blocos;
- 16h40 – Oferecer ingestão hídrica – diariamente;
- 17h – Oferecer a janta – diariamente;

- 19h30 – oferecer a ceia;
- 20h - Realizar a higiene oral noturna – diariamente, após cada refeição;
- 21h – oferecer ingestão hídrica – diariamente.

Obs. 1: Fazer mudança de decúbito quando necessário – diariamente, de duas em duas horas;

Obs. 2: Abaixar os toldos quando estiver chovendo, frio e sempre no horário das refeições.

### **Rotina noturna do cuidador de idosos – noturno**

- 18h25 – receber o plantão;
- 18h30 – Ronda após o recebimento do plantão;
- 18h40 – Oferecer ingestão hídrica;
- 19h – Ronda no bloco escalado;
- 19h30 – Oferecer a ceia dos pacientes;
- 19h30 – Ronda no bloco escalado;
- 19h40 – repouso dos idosos os que dormem mais cedo;
- 20h – realizar a higiene oral noturna;
- 20h – Ronda no bloco escalado;
- 20h30 – Ronda no bloco escalado;
- 21h – Troca de fraldas;
- 21h – Ronda no bloco escalado;
- 21h30 – Ronda no bloco escalado;
- 22h – Repouso dos idosos, os que ainda estão acordados;
- 22h30 – Ronda no bloco escalado;
- 22h20 – Oferecer ingestão Hídrica;
- 23h30 – Ronda no loco escalado;
- 11h a 01h – Descanso dos cuidadores;
- 0h – Ronda no bloco escalado;
- 0h30 – Ronda no bloco escalado;

- 01h – Ronda no bloco escalado;
- 01h30- Ronda no bloco escalado;
- 02h – Ronda no bloco escalado;
- 02h30 – Ronda no bloco escalado;
- 03h – Ronda no bloco escalado;
- 03h30 – Ronda no bloco escalado;
- 04h – Ronda no bloco escalado;
- 04h30 – Troca de fraldas;
- 04h30 – Ronda no bloco escalado;
- 04h50 – Oferecer ingestão hídrica;
- 05h – Anotação dos procedimentos realizados e fazer evoluções do cuidador;
- 05h – Ronda no bloco escalado;
- 05h30 – Ronda no bloco escalado;
- 06h – Oferecer ingestão hídrica;
- 06h – Ronda no bloco escalado;
- 06h – Troca de fraldas e banhos nos casos mais críticos;
- 06h25 – Ronda no bloco escalado;
- 06h25 – Passar o plantão para os cuidadores diurnos.

Obs.1: Banho e higienização do paciente em caso de emergência noturna.

Obs.2: Fazer a mudança de decúbito quando houver paciente acamado.

Obs.3: abaixar os toldos quando estiver chovendo e frio.