



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

LUANA CORRÊA DE ARAÚJO

**GARANTIA DOS DIREITOS E CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO NAS
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**

RECIFE

2025

LUANA CORRÊA DE ARAÚJO

**GARANTIA DOS DIREITOS E CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO NAS
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado
ao Departamento de Serviço Social da Universidade
Federal de Pernambuco como requisito parcial para
a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina de Souza
Vieira.

RECIFE
2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do programa de geração

Corrêa de Araújo, Luana .

Garantia dos direitos e condições de atendimento nas instituições de longa permanência para idosos / Luana Corrêa de Araújo. - Recife, 2025.
90 : il., tab.

Orientador(a): Ana Cristina de Souza Vieira

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2025.

10.

Inclui referências.

1. ILPI. 2. Cuidado. 3. Idosos. I. de Souza Vieira, Ana Cristina .
(Orientação). II. Título.

360 CDD (22.ed.)

automática do SIB/UFP

FOLHA DE APROVAÇÃO

Luana Corrêa de Araújo

GARANTIA DOS DIREITOS E CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO NAS INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Data:

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira (orientadora e examinadora interna)

Departamento de Serviço Social/UFPE

Profa. Dra. Raquel Soares (examinadora interna)

Departamento de Serviço Social/UFPE

AGRADECIMENTOS

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é resultado de uma longa caminhada coletiva, mas também solitária, que trouxe consigo muitas reflexões, desafios, incertezas e certezas no processo. Para alcançar esta finalização, muitas pessoas foram cruciais na minha vida, que nunca me deixaram desistir e sempre estiveram ao meu lado me apoiando com afeto, carinho, amor e respeito.

Agradeço aos meus filhos, Joaquim e Francisco, o melhor de mim, por entenderem a importância e significado para mim sair todos os dias para estudar.

A minha irmã, Ana Paula, que sempre me ajudou nos momentos mais difíceis.

A minha amada Mãe, Dasdores, que incondicionalmente me deu todo apoio que precisava sem questionar. Apoio repleto de amor, carinho e compressão.

Ao meu companheiro, Frank, que sempre me incentivou continuar a estudar, nunca mediu esforços para isso.

A professora Ana Vieira que sempre me acolheu, mesmo antes de fazer o curso de Serviço Social, com a sua generosidade do tamanho do mundo, um anjo na minha vida. Obrigada pela caminhada, pelos ensinamentos e orientações tão preciosas.

A professora Raquel Soares pelas orientações na conclusão deste trabalho.

A assistente social Karla Bandeira do Ministério Público de Pernambuco por acolher a demanda dessa pesquisa e não medir esforços para a obtenção dos dados da Promotoria de Cidadania do Idoso do Ministério Público de Pernambuco.

A todos(as) professores(as) do departamento de Serviço Social, pelo prazer que foi o processo de ensino e aprendizagem.

Aos(as) meus e minhas colegas de turma pelas conversas, discussões e apoio, em especial a Ysilis e Iluara.

“O que vale na vida não é o ponto de partida, e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”.

(Cora Coralina)

RESUMO

O aumento da longevidade e do envelhecimento populacional tornou-se desafio emergente nas sociedades contemporâneas, especialmente quando relacionado ao cuidado integral de longa permanência para pessoas idosas. Neste sentido, o estudo discute a garantia dos direitos da pessoa idosa nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), sobretudo as condições de atendimento. Trata-se de um estudo qualitativo e resulta da combinação entre pesquisa bibliográfica e documental, tomando como método Materialismo Histórico-Dialético. Parte deste estudo foi subsidiado pelo relatório da Promotoria de Cidadania do Idoso do Ministério Público (PCIMPPE), referente às condições de atendimento nas ILPIs da cidade do Recife. Foi possível identificar, a insuficiência de profissionais cuidadores e de enfermagem; falta de estudo psicossocial dos residentes; ausência de contrato formal de prestação de serviços com o idoso ou responsável, nas ILPIs do Recife. Além disso, constatou-se a predominância das mulheres idosas nas ILPIs, exceto nas públicas. Tendo em vista que são as mulheres idosas que exercem, na maioria, o papel de cuidadoras e quando precisam de cuidados são as mais direcionadas a institucionalização, em comparação aos homens. Conclui-se que apesar da legislação prever as condições adequadas nas ILPIs para seus moradores, na prática, os serviços apresentam inconformidades no atendimento e a não garantia plena dos direitos das pessoas idosas nestas instituições.

Palavras-chave: Envelhecimento. Pessoa Idosa. ILPI. Cuidados

.ABSTRACT

The increase in longevity and population aging has become an emerging challenge in contemporary societies, especially when related to comprehensive long-term care for the elderly. In this sense, the study discusses the guarantee of the rights of the elderly in Long-Term Care Facilities for the Elderly (LTCF), especially the conditions of care. This is a qualitative study and results from the combination of bibliographic and documentary research, using Historical-Dialectical Materialism as a method. Part of this study was supported by the report of the Elderly Citizenship Prosecutor's Office of the Public Prosecutor's Office (PCIMPPE), regarding the conditions of care in the LTCFs of the city of Recife. It was possible to identify the lack of professional caregivers and nurses; lack of psychosocial studies of residents; absence of a formal service provision contract with the elderly or their guardians, in the LTCFs of Recife. In addition, the predominance of elderly women in the LTCFs was found, except in the public ones. Considering that elderly women are the ones who mostly play the role of caregivers and when they need care, they are more likely to be institutionalized, compared to men. It is concluded that although the legislation provides for adequate conditions in LTCFs for their residents, in practice, the services present inconsistencies in care and do not fully guarantee the rights of institutionalized elderly people.

Keywords: Aging. Elderly Person. LTCF. Care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Evolução da taxa de natalidade entre os anos de 1940 a 2020	22
Gráfico 2: Proporção da população residente por grupos etários nas unidades de federação, 2022.	25
Gráfico 3: Índice de envelhecimento, segundo as grandes regiões - 2010/2022	26
Gráfico 4: Índice de Envelhecimento, segundo os Municípios.	27
Gráfico 5: Superávit feminino.....	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 2: Proporção da população dividida em faixa etárias, entre 1980 a 2022.	21
Tabela 3: Proporção da população residente por grupos etários, segundo as grandes regiões, 2022.	24
Tabela 4: Municípios com os cinco maiores e menores Índices de Envelhecimento (ID) da população residente - Pernambuco - 2022	28
Tabela 5: Fonte de rendimento dos idosos (Brasil, 2017).....	29
Tabela 6: ILPI do município do Recife	

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. CAPÍTULO 1: QUEM SÃO E COMO VIVEM AS PESSOAS IDOSAS?	21
3. CAPÍTULO 2: LUGAR PARA SE VIVER: O CUIDADO FORMAL EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS	31
3.1. Os <i>gerontokomeions</i> na Antiguidade: um lugar para os velhos excluídos	32
3.2. As <i>almshouses</i> na Idade Média	34
3.4. Multiplicação das instituições de cuidado de longo prazo para idosos	38
3.5. Evolução sócio-histórico dos abrigamentos coletivos para idosos no Brasil	43
3.5.1. Instituições de atendimento às pessoas idosas no Brasil Império	43
4. CAPÍTULO 3: A VELHICE INSTITUCIONALIZADA	48
4.1. A inclusão dos cuidados institucionais para idosos no âmbito dos sistemas de proteção social	53
5.1. Condições de atendimento das ILPIs da cidade do Recife	62
6. CAPÍTULO 5: FEMINILIZAÇÃO DA VELHICE	67
6.1. Mulheres idosas nas ILPIs da cidade do Recife	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	77

1. INTRODUÇÃO

O tema do presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) se propõe a discutir a garantia dos direitos das pessoas idosas nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), sobretudo as condições de atendimento nessas instituições. Para chegar a este estudo final, caminhos e desafios foram angariados no percurso.

Na minha trajetória acadêmica, a temática velhice e cuidado em ILPI sempre fizeram parte dos meus estudos, desde a graduação em Economia Doméstica/UFRPE. O fenômeno envelhecimento humano e suas contradições, particularmente o cuidado em ILPI, foram o eixo central nas pesquisas e discussões apreendidas e desenvolvidas. Durante esse processo de aprendizagem, como participante do Programa de Iniciação Científica (PIC/UFRPE), pesquisei *o Perfil socioeconômico dos profissionais das ILPIs privadas e filantrópicas, e suas concepções acerca dessas instituições, na cidade e região metropolitana do Recife-PE*.

No momento, graduanda em Serviço Social/UFPE pesquiso, via PIBIC/UFPE, os *Impactos da austeridade fiscal na atenção a idosos com HIV e Aids que necessitam de cuidados em ILPIs em Recife*. Além disso, entre 2018 e 2022 participei do grupo de pesquisa no Departamento de Serviço Social/UFPE, no projeto intitulado *Desafios do enfrentamento da aids em Pernambuco, em tempos de ajuste neoliberal e desmonte do Sistema Único de Saúde*, em que pesquisei a questão da soropositividade e Política de Saúde.

Atrelado a isso, venho me aproximando da produção intelectual do Serviço Social voltado à Gerontologia Social Crítica e o impacto do neoliberalismo na velhice, por meio de leituras, pesquisas e discussões em artigos, teses, dissertações, livros, entrevistas entre outros na área de Serviço Social. Além disso, participo de um grupo de estudos sobre Envelhecimento Humano e Gerontologia Social Crítica sob a coordenação da assistente social Dra. Sálvea Campelo no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) e, também, integrante do grupo da Comissão Temática de Envelhecimento e Trabalho do CRESS-PE.

Dessa forma, este estudo se guiará pela Gerontologia Social Crítica que analisa o envelhecimento como processo historicamente determinado, partindo dos elementos que estruturam a sociedade capitalista, ressaltando a desigualdade de classe social, gênero e relações raciais, conforme Soares, Lone e Torres (2023). O reconhecimento da heterogeneidade do processo de envelhecimento, e o quanto as desigualdades sociais interferem no referido

processo fundamentam as formas de ser e de viver a velhice. Diferentemente da geriatria e gerontologia social que estudam a relação da pessoa idosa com a família de forma individualizada, sem considerar os determinantes econômicos, políticos e sociais, como as relações de exploração no trabalho e as limitações impostas pelas condições objetivas de vida para a garantia da sobrevivência na velhice (Teixeira, 2020).

Portanto, a partir das observações, resultados e discussões advindas das pesquisas que venho desenvolvendo, me chamavam a atenção as condições de atendimento nas ILPIs referentes à garantia dos direitos das pessoas idosas, tendo em vista, que os jornais e as mídias em geral apresentavam problemas diversos nessas instituições, levando até a interdição e fechamento de algumas instituições. Arelado a isso, em estudos e pesquisas publicados em trabalhos acadêmicos e periódicos, o cuidado em ILPI pode repercutir negativamente na qualidade de vida e saúde no idoso institucionalizado. Logo, começaram as indagações sobre quem fiscaliza essas ILPIs e porque as condições de atendimento apresentadas na literatura não condizem com a legislação vigente. Dessa forma, na disciplina de Seminário de Monografia, sob a orientação da professora Dra. Flávia Clemente juntamente com as orientações da professora Dra. Ana Vieira, que esses questionamentos se tornaram a base para a construção desse trabalho. Entretanto, o presente estudo não partiu do nada, mas sim de uma trajetória acadêmica endereçada a estudar os processos que envolvem o envelhecimento humano e a modalidade do cuidado formal em ILPI.

O envelhecimento populacional ocorre de maneira acentuada em todos os países, especialmente aqueles de capitalismo central, mas também nos países periféricos. No Brasil, esse processo se intensificou a partir de 1960 em que os idosos representavam 4,7% da população total de pessoas idosas. Nas décadas seguintes, numericamente a quantidade de pessoas acima dos sessenta anos de idade aumentou, consideravelmente, e as projeções indicam que no futuro próximo, em 2050, chegarão a representar 30% da população total (IBGE, 2008).

Segundo Lima (2011), nos países periféricos, inclusive o Brasil, o aumento da expectativa de vida ocorreu décadas mais tarde dos países mais desenvolvidos, em meados dos anos de 1960. Evidenciado, sobretudo, devido aos avanços tecnológicos na área da saúde com a realização de imunização em grande escala e o uso de antibióticos e quimioterápicos que tornaram possível a prevenção e cura de muitas doenças. Aliado a estes fatores, o melhoramento das condições de saneamento básico e a queda da taxa de fecundidade, já iniciada nessa década. Estes aspectos, permitiram a ocorrência de uma grande explosão demográfica de idosos.

Concomitantemente, com o crescimento quantitativo de idosos, também aumentou a demanda por cuidados de natureza formal e integral em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Nessa direção, as ILPIs se expandiram e se qualificaram ao longo do tempo para atender à demanda de pessoas idosas que necessitam ou que queiram morar em um ambiente coletivo, com outros idosos, que ofereça e atenda cuidados em saúde, habitação, lazer, alimentação em tempo ininterrupto. Em 10 anos (2012-2022) o número de pessoas idosas que reside em ILPIs teve um crescimento de, aproximadamente, 105% em todo o país, conforme a Associação Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2024).

Em conformidade, no mesmo período, as unidades de ILPIs também tiveram aumento significativo de 105,52%, passando de 3.548 unidades, em 2010, para 7.292, em 2021, além das instituições que funcionam sem legalização. A região Nordeste teve o segundo maior crescimento, com 103,97%, ficando atrás somente da região Sul, com 171%. O crescimento do número de ILPIs é representado, majoritariamente, pelas unidades de natureza jurídica privada, em detrimento das públicas e filantrópicas. Estas tiveram crescimento pouco expressivo, sendo as ILPIs públicas numericamente inferiores, em todo território brasileiro, segundo a Frente Nacional das ILPI (FN-ILPI, 2022). Em Recife, no ano de 2024, as ILPIs privadas somam dezoito unidades, enquanto as públicas são apenas três, de acordo com os dados da Promotoria da Cidadania do Idoso do Ministério Público de Pernambuco (PCIMPPE, 2024).

No ano de 2010, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) analisou e caracterizou as 3.548 instituições, revelando que 65,2% eram filantrópicas; 28,2% privadas e 6,6% públicas ou mistas. Naquele período, observava-se predominância das ILPIs filantrópicas, haja vista que historicamente essas foram as primeiras a atender os velhos, datadas no Brasil Colônia (Camarano, 2010).

A partir do ano de 2021, ainda não existem dados nacionais, até o momento da escrita deste estudo, sobre a distribuição quantitativa da natureza jurídica das ILPIs, apenas alguns estudos pontuais, os quais informam que se teve aumento nas unidades privadas, diminuição das filantrópicas e aumento insignificante das públicas. No estado de Minas Gerais, no período de 10 anos (2010- 2020), as ILPIs privadas tiveram aumentaram 12%, enquanto as filantrópica diminuíram 25% e as públicas aumentaram 1,2% (FN-ILPI, 2022). O resultado é semelhante em Fortaleza, no total de 26 ILPIs, sendo apenas uma pública, 4 filantrópicas e 21 privadas (Ministério Público do Ceará, 2021).

O número menor das ILPIs públicas no Brasil, se deve ao baixo financiamento do

poder público nos serviços socioassistenciais não monetários do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A execução orçamentária da Proteção Social Básica (PSB) e Especial do SUAS, nas quais as ILPIs se encontram, vem sofrendo baixos repasses orçamentários do governo federal, especialmente após a EC nº 95/2016. Tendo em vista, que o financiamento dos serviços da PSB e Especial é compartilhado entre as instâncias federal, estadual e municipal, no qual há uma considerável ausência de repasses dos estados federativos, cabendo aos governo federal e municipal arcar com o financiamento da rede de proteção social (Pinheiro et al., 2023).

O menor repasse orçamentário do governo federal da história da PSB e Especial se deu no governo de Jair Bolsonaro no ano de 2022, com valor pago de R\$ 900 milhões, enquanto em 2014, no governo Dilma, o valor foi de R\$ 4,1 bilhões. Em 2023, no governo Lula, houve uma reposição no valor de R\$ 2 bilhões, mas sem sinais de uma verdadeira ampliação dos recursos da Política de Assistência Social e nem a recomposição dos recursos perdidos desde 2016. Importante ressaltar, que a Política de Assistência Social vem privilegiando como política social, os benefícios monetários como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa Bolsa Família (PBF) são despesas obrigatórias, que atrai volumosos recursos, em detrimento da PSB e Especial, conforme o estudo de Pinheiro et al. (2023).

Azevedo e Madu (2023) são enfáticas ao afirmar que a Política de Assistência Social só em 2017 teve uma perda total orçamentária de 458 milhões. Detalhadamente, essa perda de recursos foi assim distribuída: na PSB, aproximadamente 15%, representando R\$ 227 milhões a menos, enquanto na Proteção Social Especial de Média Complexidade foi de R\$ 113 milhões; já na Alta Complexidade, foi de R\$ 69 milhões. O Ipea (2021), no fim do ano de 2021, aponta que os repasses ordinários do governo federal para os serviços socioassistenciais totalizaram apenas R\$ 1,36 bilhão, o menor repasse para os serviços socioassistenciais observados desde 2014. Isso pode ter impacto diretamente nos recursos destinados às ILPIs públicas e filantrópicas, apesar da participação do município no provimento de sua manutenção.

O baixo financiamento das ILPIs por parte da gestão pública repercute, direta e indiretamente, no cuidado prestado à população idosa institucionalizada, pois limita a contratação de recursos humanos em número suficiente, de profissionais com qualificação, a aquisição dos dispositivos para acessibilidade e a ampliação da capacidade instalada na ILPI. (Guimarães, et al, 2023)

Outro aspecto relevante são as projeções populacionais para a população acima dos 80 anos de idade, para as próximas décadas, os números assinalam um crescimento bem

acentuado, constituindo a faixa etária que mais cresce. Nesse sentido, Camarano e Kanso (2009), ressaltam que esse subgrupo populacional representará em 2040 um quarto da população idosa e cerca de 7% da população total, representando um contingente de aproximadamente 13,7 milhões. Além disso, as autoras consideram que essa população se encontra mais exposta às doenças e agravos crônicos não transmissíveis, gerando situações de dependências e, conseqüentemente, necessidade de mais cuidados. Um dado que chama atenção é a dependência de cuidados mais intensivos no final de suas vidas, em torno de dois a quatro anos, exigindo cuidado integral e especializado.

Para essa nova velhice, é importante refletirmos sobre alguns desafios que cercam esses sujeitos: acesso a uma saúde integral, assimetria de gênero e racial, desigualdades sociais, pobreza, fragilidade dos sistemas previdenciários, o déficit e/ou ausência no cuidado familiar e ao acesso ao cuidado institucional. Isso ocorre, diante das contrarreformas do Estado brasileiro e do avanço neoliberal, que afeta e restringe, diretamente, a proteção social e os direitos sociais, especialmente no âmbito da saúde e da previdência social. Por sua vez, os cuidados de forma integral para a população idosa são frágeis, haja vista a redução das famílias, do espaço habitacional e a ineficiência do Estado em fomentar políticas de cuidados para essa população (Hirata, 2010).

Em relação ao direcionamento dos ajustes neoliberais nas políticas de proteção social no Brasil, Teixeira (2020) e Pinho (2017) trazem à cena o austericídio e desmontagem da rede de proteção, que se intensificou a partir do golpe parlamentar que retirou de cena a presidenta Dilma Rousseff e colocou no poder máximo do executivo, Michel Temer. Para as autoras, esse momento foi regido por uma comunidade epistêmica da austeridade orientada pelos órgãos internacionais, a exemplo do Banco Mundial e concretizadas pela ideologia conservadora, capitalizada pela grande mídia, empresários industriais e banqueiros. Isso gerou uma queda drástica de financiamentos das políticas sociais, prejudicando demasiadamente os serviços de saúde e de assistência social que impactam diretamente a população idosa.

Na saúde, nos governos de Temer e Bolsonaro garantiram-se os meios para a supercapitalização da saúde, a qual contribuiu com o avanço da ofensiva do projeto privatista, enfatizam Alves, Barbosa Filho e Vieira (2024). Para Paes-Sousa et al. (2018), os cortes orçamentários impactam diretamente no programa Estratégia Saúde da Família (ESF), diminuindo a oferta qualidade dos serviços, o que, nas décadas anteriores, era associado à redução da pobreza e da desigualdade em saúde.

Um estudo nacional sobre a saúde da população idosa do Brasil aponta que em 2018, 75,3% depende exclusivamente dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que 83,1% realizaram pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses. Ao todo, cerca de 70% dos idosos possuem alguma doença crônica, com prevalência maior de diabetes, hipertensão ou artrite, ou seja, combinadas com outros agravos que poderão limitar, sobremaneira, nas suas tarefas cotidianas (Elsi-Brasil, 2021). Corroboram as pesquisadoras Pollo e Assis (2008) que a longevidade não é sinônimo de envelhecimento saudável. Apesar da expectativa de vida elevada, os anos de vida a mais são vividos, na maioria, com desvantagens socioeconômicas, doenças crônico-degenerativas e limitações físicas e cognitivas.

Nesse cenário, as relações e provisão do cuidado, regidos por uma agenda neoliberal de mercantilização, não prioriza a satisfação da necessidade de cuidados das pessoas, e sim o interesse do mercado. As políticas sociais, em contexto de crises e avanço do ideário neoliberal, vêm sendo alteradas, e os efeitos dessas políticas neoliberais têm impactado negativamente na vida dos idosos, concretizadas pela transferência dos serviços públicos para privativos e redução de direitos (Teixeira, 2020).

O provimento de cuidados com as pessoas idosas, no Brasil, sempre teve a centralidade nas famílias. O próprio Estatuto da Pessoa Idosa (Lei 10 741, 2003) e outras normativas, priorizam o atendimento, proteção e cuidado da pessoa idosa pela sua própria família. Configura-se um modelo familista, adotado pelas políticas sociais brasileiras.

É importante entender que “a família na sociedade brasileira hoje, mais que ser reconhecida como instância de cuidado e proteção, deve ser reconhecida como instância a ser cuidada e protegida, enfatizando a responsabilidade pública” (Miotto, 2015, p. 701). Ainda, a autora, considera a família um espaço de relações contraditórias, cuja dinâmica e convívio é marcada, em muitas vezes, por conflito e violência geracional. Neste ponto, os dados revelam os números alarmantes de denúncias de violência doméstica contra o idoso, especialmente, no isolamento social causado pela pandemia da COVID-19 que teve aumento de 69%, sendo 90% dos agressores da própria família (Wertz, 2021). No entanto, o cuidado em ILPI, muitas vezes, torna-se uma alternativa necessária e única, especialmente na medida que esse idoso apresenta graus de dependência maior, para a realização de suas Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária (ABIVD) do cotidiano.

Por sua vez, a modalidade de cuidado em ILPIs consiste num cuidado formal integral, que oferece habitação, assistência e serviço de saúde, destinadas para pessoas com ou acima de

60 anos de idade que atendam a todos os graus de dependência ¹ em que o idoso se encontra. Podem ser de natureza jurídica pública, filantrópica e privada. As primeiras, se encontram na Proteção Social de Alta Complexidade, direcionadas ao idoso com vínculo familiar rompido, abandonados ou sem condições de prover sua própria subsistência. Já as filantrópicas, os recursos são oriundos do próprio idoso e de doações da sociedade civil e, na maioria, dos governos estaduais e municipais. As privadas, os recursos são do próprio idoso e/ou familiar (Anvisa, 2005).

Estas instituições são regulamentadas pelo poder público para o seu funcionamento, necessitando de alvará da Vigilância Sanitária e serem inscritas no Conselho Nacional do Ministério Público e nos Conselhos Municipais da Pessoa Idosa. No entanto, precisam adotar os parâmetros mínimos exigidos pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 502/2021 para funcionar. Esta RDC 502/2021, padroniza a infraestrutura física, recursos humanos, financiamento e organização das ILPIs. Já as fiscalizações dessas instituições cabem aos Conselhos da Pessoa Idosa, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros previstos em lei, conforme o Estatuto da Pessoa Idosa no Art. 52.

Apesar das normativas, alguns estudos (Camarano, 2010; Nóbrega, 2014) apontam problemas diversos e condições inadequadas nessas instituições referente à infraestrutura, aos recursos humanos e na organização. Estes aspectos podem ter efeito negativo no cotidiano, na saúde e na vida dos idosos institucionalizados. Um estudo realizado em ILPIs públicas no Rio Grande do Norte, evidenciou a baixa qualidade na provisão do cuidado para com os residentes, reportando a insuficiência de profissionais cuidadores e de enfermagem (Oliveira et al., 2016). Em Recife, Nóbrega (2014) aponta para prevalência de idosos depressivos nas ILPIs.

Nesse sentido, esse espaço habitacional é lembrado, na maioria das vezes, negativamente tanto pelos próprios residentes, pelas equipes que trabalham nessas instituições como também pela sociedade civil. Uma pesquisa desenvolvida com profissionais das ILPIs privadas e filantrópicas na cidade e região metropolitana do Recife, identificou que 84% dos profissionais não colocariam seus próprios idosos em uma ILPI (Araújo, 2017). Silva e Aléssio (2023) sinalizam que os idosos nas ILPIs pesquisadas sentem-se abandonados e associam as

¹ Conforme a RDC 503/2021 o Art. 3º, existem três graus de dependência numerados em: I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda; 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; e III - idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

instituições a depósito e morte.

Tendo em vista esses problemas, na realidade brasileira observa-se que as dificuldades que cercam o processo de envelhecimento se apresentam como expressões da Questão Social em um contexto de modernização do Estado e da economia, que aprofunda as desigualdades e concentra privilégios (Silva, 2016). Nesse contexto, a velhice torna-se um “problema social” no sistema capitalista, uma vez que a pessoa idosa é considerada improdutiva, com sua valorização baseada em força de trabalho, logo, não contribui com o processo de acumulação do capital (Oliveira, Donorin 2017). Isso, poderá explicar a expansão de idosos que necessitam de um cuidado formal e integral em ILPI, pois, por vezes, as famílias não conseguem comportar mais as demandas de um idoso dependente.

Diante dessa conjectura, com o advento do aumento do envelhecimento populacional e desses espaços coletivos, questionamos: *Por que as ILPIs apresentam dificuldades nas condições de acolhimento e tratamento? Apesar da atuação dos órgãos fiscalizadores, em particular o Ministério Público de Pernambuco, por que há tantas denúncias de violações de direitos nessas instituições?*

Logo, partindo desse cenário, do real e na intenção de uma análise crítica, este trabalho tem por objetivo central *discutir a garantia do direito das pessoas idosas nas Instituições de Longa Permanência para Idosos*. Para os objetivos específicos, elencamos: i) Identificar historicamente a trajetórias das ILPIs; ii) Analisar as condições de atendimento nas ILPIs; iii) Discutir sobre a feminilização da velhice institucionalizada.

Caminhos metodológicos

Neste trabalho, o processo investigativo se fundamenta em elementos na Teoria Social Crítica que possibilita compreender cada fenômeno como parte de uma totalidade e tem por finalidade a articulação da essência e aparência, com mediações e contradições que permeiam toda a realidade social (Tonet, 2012). Para tanto, a pesquisa tomou como método o Materialismo Histórico-Dialético, análise crítica e natureza qualitativa. Para Pires (1997) o mais importante é captar, minuciosamente, as articulações e os processos que abarcam a realidade social, numa perspectiva de totalidade.

O Materialismo Histórico-Dialético como método, relaciona-se ao entendimento

aprofundado da realidade, tendo como ponto de partida o conhecimento enquanto esforço reflexivo, ou seja, “a essência da realidade não está explícita imediatamente, mas necessita ser compreendida pelo pensamento teórico, abstrato, por meio da apreensão do fenômeno em suas múltiplas mediações histórico-concretas” (Costa, 2017, pg.114). Mais especificamente, o termo Materialismo diz respeito à condição material da existência humana; Histórico se refere ao entendimento da existência humana, implicando na apreensão de seus condicionantes históricos e Dialético como engrenagem do movimento da contradição produzida na própria história (Pimenta; Cardoso 2020).

Conforme Minayo (2014), a pesquisa qualitativa se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, de motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes. Neste caso, consiste em um meio de explorar para entender as contradições de um problema social ou humano. Logo, Chizzotti (2003) coloca que, diferente da pesquisa quantitativa, que delimita a análise de estatísticas para fomentar o estudo, a qualitativa faz uso de métodos e metodologias teóricas para sua investigação, podendo fazer uso de diferentes procedimentos como pesquisas de campo, entrevistas e estudos de caso em prol de contribuir com sua análise.

Para cumprir os objetivos propostos desse estudo, pensou-se em instrumentos de pesquisas que se articulam e complementam com o intuito de conhecer o objeto a ser trabalhado, a saber: *pesquisa bibliográfica, documental e análise de dados quantitativos secundários*. A pesquisa bibliográfica se dá por meio da apreensão de outros estudos já realizados com a finalidade de melhor compreender o objeto a ser analisado. Nesse contexto, Sousa et al. (2021, p. 65) afirmam que a “pesquisa científica é iniciada por meio da pesquisa bibliográfica, em que o pesquisador busca em obras já publicadas relevantes para conhecer e analisar o tema problema da pesquisa a ser realizada”. Cervo e Bervian (1983, p. 55) escrevem que a pesquisa bibliográfica “explica um problema a partir de referenciais teóricos publicados” em múltiplos meios difusores do conhecimento e da produção científica.

Neste sentido, as bibliografias pesquisadas para a realização desta pesquisa se deram pela leitura e fichamento de capítulos de livros, artigos nacionais e internacionais, trabalhos de conclusão de curso, dissertações, teses, notícias entre outros, relacionados ao tema proposto - envelhecimento humano e cuidado institucional em ILPI. Para tanto, os(as) seguintes autores e autoras, entre outros, foram presentes no estudo, por balizar a produção de conhecimento sobre

o tema: na categoria de cuidado institucional - Camarano, Mello; relacionado a velhice e a gerontologia social crítica - Beauvoir, Haddad, Debert, Teixeira, Mustafá. Para as aproximações com as dimensões sociais capitalistas – Behring, Boschetti, Vieira.

Já a pesquisa documental se deu a partir da análise de documentos oficiais, uma técnica utilizada em pesquisa social por dispor de amplas variedades de fontes documentais. Para tanto, se realizou análise criteriosa do Estatuto da Pessoa Idosa, RDC 503/2021, Política Nacional do Idoso (1994), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), Política de Assistência Social e de Saúde, Política Nacional de Cuidados (2024). Estes documentos foram basilares na construção deste estudo, pelo fato de assegurarem na legislação os direitos da pessoa idosa, materializadas nas políticas e programas sociais e nos serviços, voltados para esse segmento populacional.

Nessa direção, Sá-Silva et al. (2009, p. 2) afirmam que a pesquisa documental possui uma “riqueza de informações que podemos extrair e resgatar justificando o seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais porque possibilita ampliar o entendimento de objetos” que permite extrair informações pouco divulgadas e conhecidas. Para May (2004), através dos documentos pode-se entender os eventos, processos e transformações nas relações sociais.

Para construção deste trabalho, foram analisados dados secundários a fim de subsidiar a pesquisa, a saber: relatório da Promotoria da Cidadania do Idoso do Ministério Público de Pernambuco (PCIMPPE), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Boletim Epidemiológico de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Censo SUAS. Estes dados, foram elementares na pesquisa, especialmente o relatório da PCIMPPE por informar as condições das ILPIs da cidade do Recife, através das recomendações emitidas pelo órgão para as instituições no período de 2024.

O acesso ao relatório da PCIMPPE sobre as ILPIs se deu por meio de um ofício a pedido da professora e orientadora, deste trabalho, Dra. Ana Vieira, endereçado à promotora da PCIMPPE responsável pela fiscalização das ILPIs. Os dados advindos do relatório foram analisados detalhadamente e categorizados para melhor compressão.

Este trabalho está estruturado em cinco capítulos, mais esta introdução e as considerações finais. O primeiro capítulo discute os aspectos gerais do envelhecimento humano, a renda, escolaridade, saúde. O segundo apresenta a trajetória histórica dos abrigamentos na Europa e no Brasil. Já o terceiro se incumbe na velhice institucionalizada e na

inclusão dos cuidados de longa duração na proteção social. O quarto capítulo se refere as condições de atendimento das ILPIs das ILPIs, em particular na cidade do Recife. O quinto apresenta a feminilização da velhice institucionalizada e por fim as considerações finais.

2. CAPÍTULO 1: QUEM SÃO E COMO VIVEM AS PESSOAS IDOSAS?

De acordo com o Censo Demográfico 2022 do IBGE, a população de pessoas acima de sessenta anos de idade residente no Brasil são de, aproximadamente, 32 milhões de pessoas, representando um acréscimo de 56,0% em relação àquela recenseada em 2010. Para os demógrafos Alves e Galiza (2022), o envelhecimento da população é observado quando os grupos mais jovens passam a representar menores proporções da população total. Esse fenômeno tem como principal indutor a redução do número médio de filhos tidos por mulher, que no Brasil ocorreu de forma progressiva e rápida desde o final da década de 1960, e, em menor medida, devido à redução da mortalidade em todos os grupos etários, incluindo entre as pessoas idosas.

Para melhor elucidar o processo de envelhecimento no Brasil os dados secundários quantitativos do IBGE e do IPEA trazem uma dimensão concreta e geral de como ocorreu e ocorre esse fenômeno em números. Os dados da Tabela 1, revela o aumento considerável de pessoas acima de 60 anos de idade, em detrimento da população jovem (crianças de até 14) que passou de 38,2% em 1980, para 19,8% em 2022.

Tabela 1: Proporção da população dividida em faixa etárias, entre 1980 a 2022.

Ano	0 a 14 anos (%)	15 a 59 anos (%)	60 anos ou mais (%)
1980	38,2	55,6	6,1
1991	34,7	58	7,3
2000	29,6	61,9	8,6
2010	24,1	65,1	10,8
2022	19,8	64,4	15,8

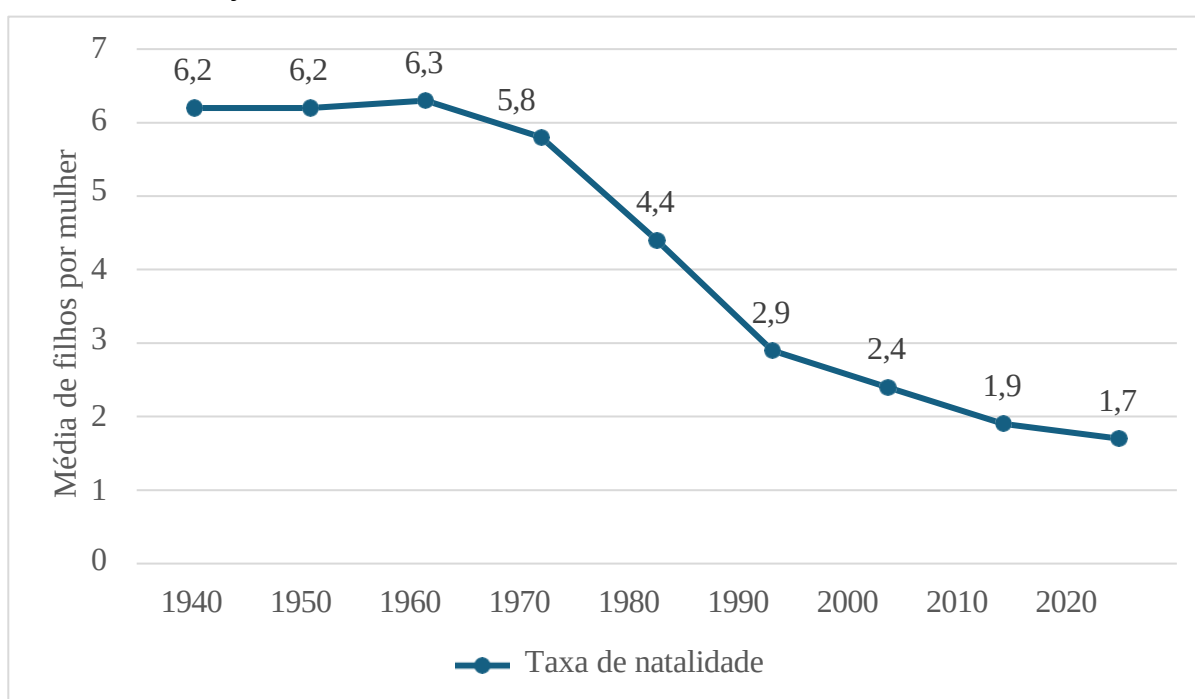
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do IBGE/2022.

Alves e Galiza (2022) considera que a transição da fecundidade constituiu uma das transformações sociais mais importantes e mais complexas. Tendo em vista, que durante a maior parte da história brasileira, as taxas de natalidade eram altas, mas também as de mortalidade em crianças. Atrelado a isso, as famílias desejavam muitos filhos, já que as crianças traziam mais benefícios do que custos para os pais. Porém, com a “reversão do fluxo intergeracional de riqueza”, os custos dos filhos subiram e os benefícios diminuíram. Os filhos deixaram de ser um “porto seguro” para os pais, que passaram a contar com o sistema público e privado de proteção social e previdência.

Ainda conforme os autores, essa transição tem um grande impacto nas famílias e na sociedade, pois muda a relação entre as gerações e modifica a estrutura etária. Além disso, outros fatores importantes que impactaram na redução da natalidade, como a maior independência e liberdade das mulheres em decidirem ter ou não filhos concomitantemente com a redução da renda familiar.

No Gráfico 1, mostra a taxa de natalidade se modificando, rapidamente, entre as décadas de 1940 a 2020, as mulheres passaram a ter poucos filhos, chegando em 2020 na taxa de 1,7 filho por mulher.

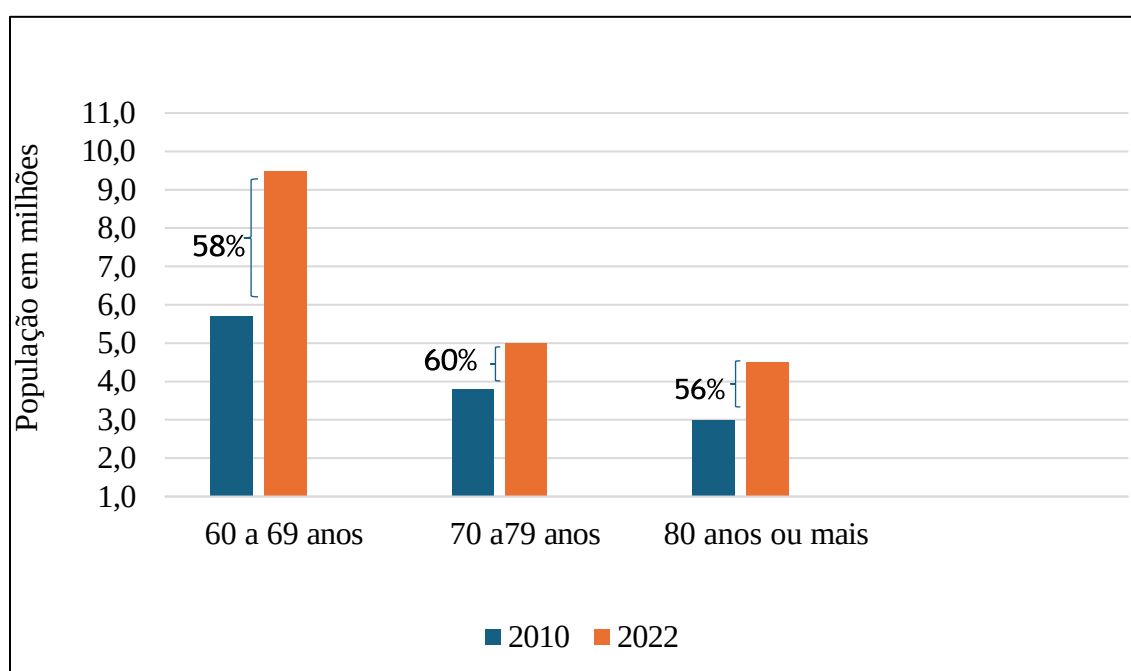
Gráfico 1: Evolução da taxa de natalidade entre os anos de 1940 a 2020



Fonte: Elaboração própria, com os dados do IBGE, 2022.

Na velhice, em todas as faixas etárias teve aumento significativo como mostra no Gráfico 2. Os idosos mais velhos, acima de 80 anos de idade, em relação a 2010 cresceu 56%. As pessoas acima de 80 anos estarão em número elevado e haverá um crescimento até então nunca experienciado na humanidade na ordem de 434 milhões em 2050, e corresponderá mais que o triplo dos 125 milhões de 2015. Arelado a isso, é nessa faixa etária que predomina os residentes das ILPIs, afirmam Camarano e Pinheiro (2023).

Gráfico 2: Variação do total populacional por grupos etários acima dos 60 anos de idade.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do Censo Demográfico 2010 e 2022 (IBGE).

Outro dado importante, são o crescimento do número de centenários no Brasil, saltou de 22,7 mil, em 2010, para 37,8 mil, em 2022, O valor representa crescimento de 67% do total de centenários, em pouco mais de uma década no país (IBGE, 2022).

Apesar da velhice ter aumentado em todo território nacional, existem particularidades quanto as macrorregiões, umas mais envelhecidas e outras menos. Em 2022, conforme o Censo do IBGE, a Região Norte é a mais jovem do País, seguida do Centro-Oeste. As Regiões Sudeste e Sul são aquelas que apresentam população mais envelhecidas e o Nordeste, intermediária, com distribuição etária próxima da média do País (Tabela 2).

Tabela 2: Proporção da população residente por grupos etários, segundo as grandes regiões, 2022.

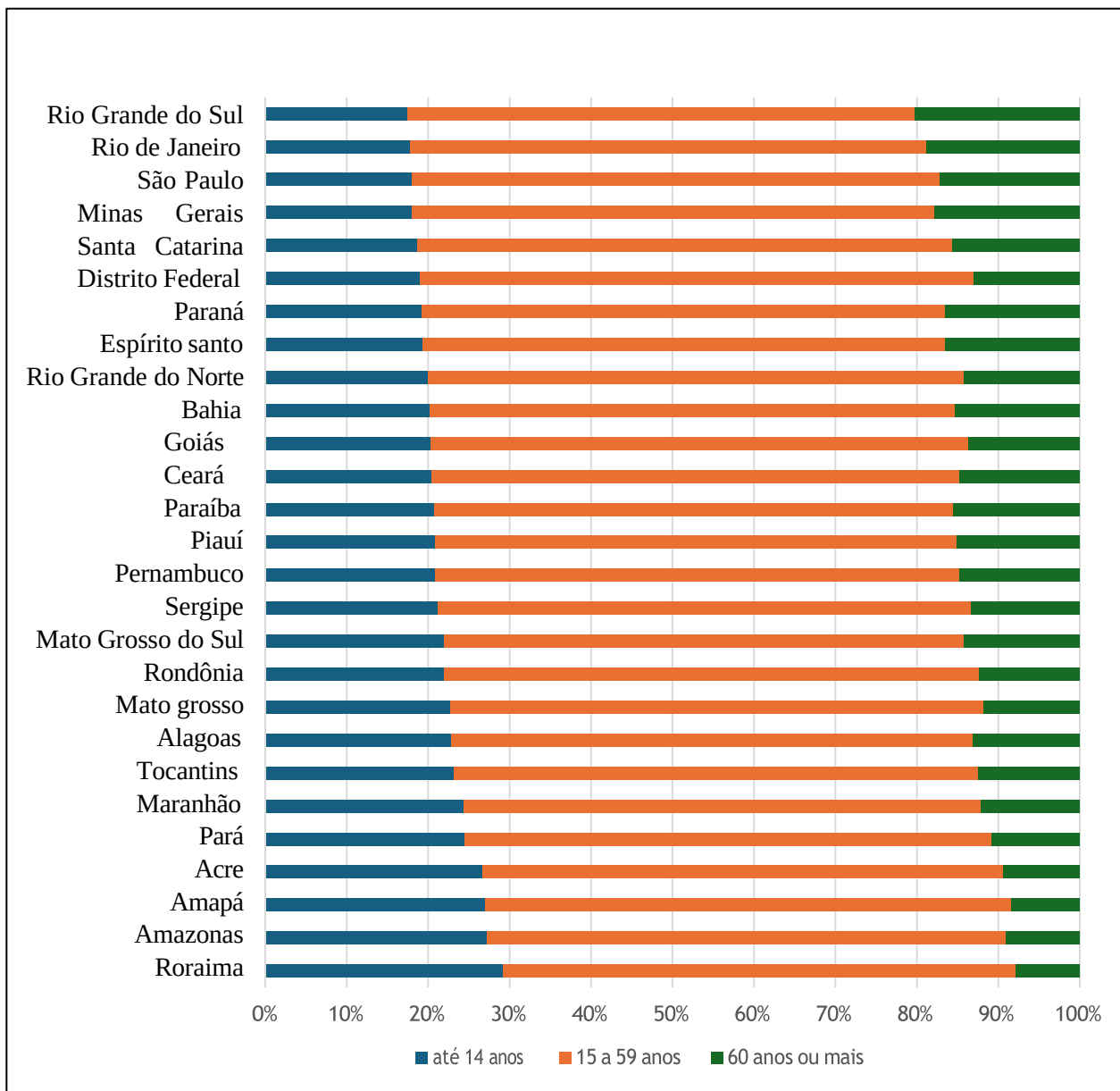
Nível geográfico	0 a 14 anos (%)	15 a 59 anos (%)	60 anos ou mais (%)
Brasil	19,8	64,4	15,8
Norte	25,2	64,4	10,4
Nordeste	21,1	64,4	14,5
Sudeste	18,0	64,3	17,6
Sul	18,5	63,9	17,6
Centro-Oeste	20,9	65,9	13,2

Fonte: Elaboração própria, com os dados do Censo Demográfico de 2022 (IBGE).

Para as Unidades da Federação, as alterações na estrutura etária entre os dois últimos Censos Demográficos refletem não só o processo de redução da fecundidade e da mortalidade, mas também o processo migratório interestadual. Em 2022, os Estados mais jovens, ou seja, com a maior proporção de pessoas até 14 anos, são Roraima, Amazonas e Amapá, com percentuais de 29,2%, 27,3% e 27,0%, respectivamente. São também esses estados que apresentam os menores percentuais de pessoas idosas de 60 anos ou mais de idade: Roraima (7,9%), Amapá (8,4%) e Amazonas (9,1%) (Alves; Galiza 2022).

No que se refere as maiores proporções de pessoas idosas, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Minas Gerais, apresentam percentuais de população de 60 anos ou mais de idade de 20,2%, 18,8%, 17,8%, respectivamente (Gráfico 3).

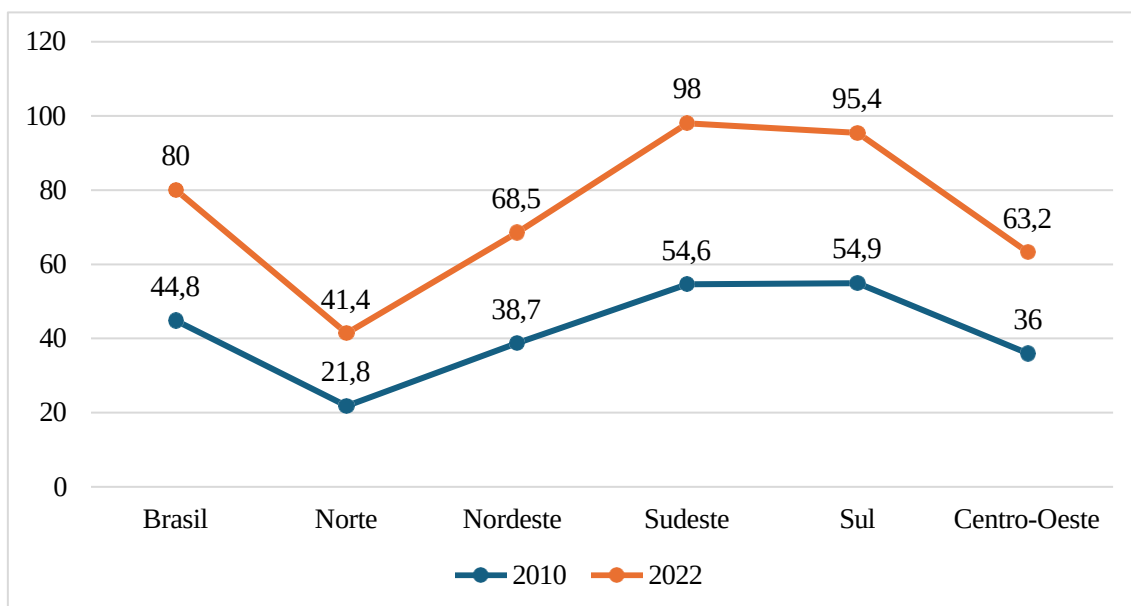
Gráfico 3: Proporção da população residente por grupos etários nas Unidades de Federação, 2022.



Fonte: Elaboração própria, com dados do Censo Demográfico 2022 (IBGE).

Outro ponto a considerar consiste sobre o Índice de Envelhecimento (IE), um indicador que relaciona dois grupos de idade extremas. Por definição, a razão entre o grupo de pessoas de 60 anos ou mais de idade em relação à população de 0 a 14 anos. Portanto, quanto maior o valor do indicador, mais envelhecida é a população (Alves, Galiza 2022). No Brasil, esse índice chegou a 80,0 em 2022, indicando que há 80 pessoas idosas para cada 100 crianças de 0 a 14 anos. Em 2010, o IE era menor, correspondendo a 44,8 (Gráfico 4).

Gráfico 4: Índice de envelhecimento, segundo as grandes regiões entre 2010/2022



Fonte: Elaboração própria, com dados do Censo Demográfico de 2010 e 2022 (IBGE).

Como esperado, as Unidades da Federação que têm os maiores Índices de Envelhecimento são as mesmas com as maiores proporções de pessoas idosas (Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Minas Gerais), assim como os menores IE são encontrados entre as Unidades da Federação com as menores proporções de pessoas de 60 anos ou mais de idade (Roraima, Amapá e Amazonas). Todas as Unidades da Federação das Regiões Norte e Centro-Oeste concentram indicadores menores que 70. No Nordeste, seis das nove Unidades da Federação apresentam ID maior que 70, ao passo que todos os Estados do Sul e do Sudeste já apresentam razões acima desse patamar. Isso significa que a população de pessoas idosas passou da metade da população de jovens nessas regiões, tendo o Rio Grande do Sul já atingido o IE 115 (Alves, Galiza, 2022).

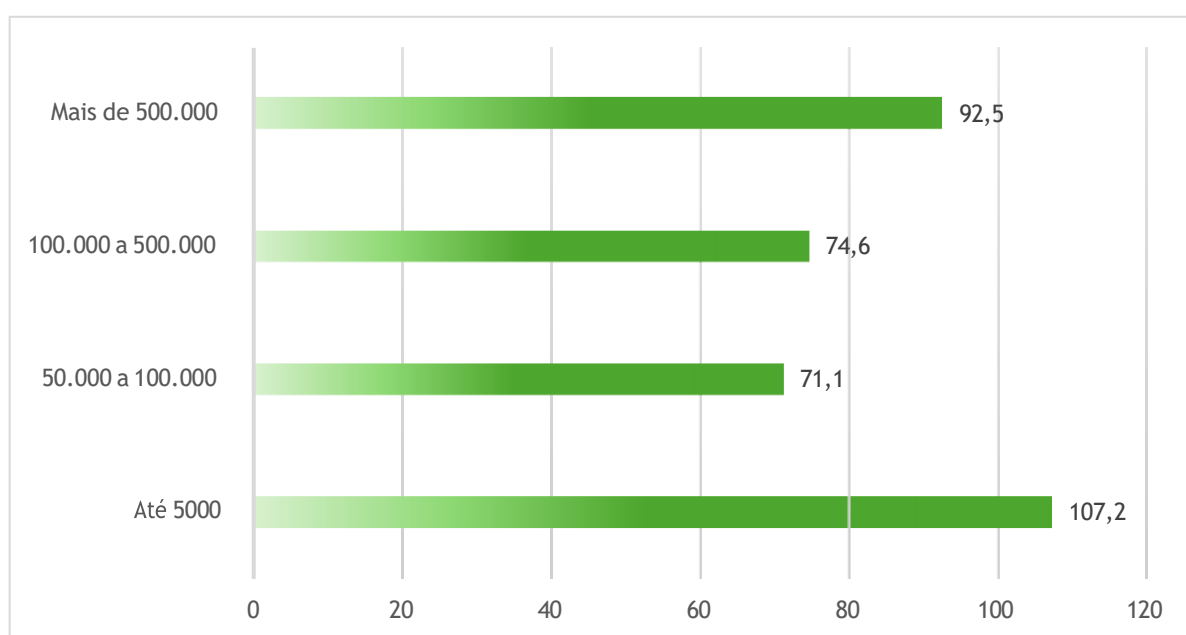
Ainda conforme os autores acima, outra forma de calcular IE é considerar as classes de tamanho da população dos Municípios. Dentre as categorias analisadas, o maior valor do índice é verificado para o conjunto de Municípios menos populosos, com até 5.000 habitantes, compondo uma proporção de 107 pessoas idosas para cada 100 pessoas de 0 a 14 anos de idade, ou seja, quanto mais a cidade é menos populosa, o IE é maior.

Já para a categoria que agrega os municípios mais populosos, aqueles com mais de 500.000 habitantes, são 92 pessoas idosas para cada 100 indivíduos da faixa etária de 0 a 14 anos. Analisando todas as categorias em sequência, observa-se redução gradual do Índice de

Envelhecimento entre as categorias entre 5.000 e 100.000 habitantes. A partir desse ponto, verifica-se o crescimento gradual dos valores à medida que a categoria contempla municípios mais populosos. Significa que quanto menos populosa for a cidade o IE é maior, e nas cidades intermediárias o IE diminui, mas volta a crescer quando as cidades são muito populosas acima de meio milhões de pessoas, por exemplo as capitais das Unidades da Federação.

Segundo Alves e Galiza (2022), uma possível explicação para esse fenômeno é o deslocamento de pessoas em idade economicamente ativa para as maiores cidades em busca de emprego e serviços. Esse deslocamento de pessoas adultas com seus filhos é predominantemente de pessoas em idade reprodutiva, o que também resultará em um menor número de crianças nas cidades menores, de origem e, também, como um efeito da queda da fecundidade dessas populações (Gráfico 5).

Gráfico 5: Índice de Envelhecimento, segundo os Municípios mais e menos populosos, 2022.



Fonte: Elaboração própria, com dados do IBGE de 2022.

Pernambuco

De acordo com o Censo Demográfico 2022 do IBGE, o estado de Pernambuco tem mais de 9 milhões de habitantes, com idade mediana de 28 anos e o Índice de Envelhecimento de 48,7, indicando haver 48,7 idosos para cada 100 crianças. Em 2010 esse índice era de 28,8, evidenciando o processo de envelhecimento da população na Unidade da Federação.

participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,5% em 1980 e 7,4% em 2010, ambos os sexos, passando a 10,2% em 2022.

O município com o maior Índice de Envelhecimento no estado é Frei Miguelinho (80,4), enquanto em Toritama, tem o menor índice (21,7), como mostra na Tabela 3.

Tabela 3: Municípios com os cinco maiores e menores Índices de Envelhecimento (ID) da população residente em Pernambuco, 2022.

Nº de ordem	Municípios	Maiores ID	Municípios	Menores ID
1	Frei Miguelinho	80,4	Toritama	21,7
2	Salgadinho	77,0	Inajá	22,8
3	Sairé	77,0	Ipojuca	25,8
4	Triunfo	75,1	Santa Cruz do Capibaribe	26,7
5	Itapetim	74,4	Manari	27,3

Fonte: Elaboração própria, com os dados do Censo Demográfico de 2022.

Em Toritama, a economia gira em torno da produção de peças de roupas, no qual a mão-de-obra jovem é requisitada. Rios Júnior (2019) enfatiza que essa população jovem na cidade de Toritama, inclusive crianças, são submetidas a trabalhos superexplorados, marcado pela informalização e precarização. Sem garantias ao trabalhador um retorno salarial suficiente para assegurar:

“Condições necessárias para reprodução da força de trabalho e de sua família, o que provoca o esgotamento prematuro e retira a possibilidade do consumo indispensável para a sua conservação. Assim, por não ter asseguradas as condições mínimas de reprodução, a família se vale da força de trabalho infantil, que pode explorar na produção ou reprodução (Rios Júnior, 2019, p.99).

Além disso, outras cidades como Caruaru e Santa Cruz do Capibaribe se destacam na produção têxtil e outras que despontam na direção desse segmento, a exemplo de Surubim e Passira.

Escolaridade e renda da população idosa

Em relação ao *perfil educacional* da população brasileira idosa mudou ao longo dos últimos 20 anos. Em 2017, enquanto a população acima de 75 anos tinha em média apenas 4,6 anos de estudo, a população entre 65 e 74 anos de idade já tinha em média 6,3 anos de estudo. Em contraste, em 1997 a população acima de 75 anos possuía em média apenas 2,2 anos de estudo, enquanto a população entre 65 e 74 anos de idade possuía 2,9 anos de estudo. Mas apesar do aumento da escolaridade entre os idosos, em 2017, ainda existem mais de 4,7 milhões de pessoas com mais de 65 anos que não sabiam ler, ou seja 19,1% dos idosos entre 65 e 74 anos e 28,5% com 75 anos ou mais, pontuam Cardoso et.al (2021).

Pouca escolaridade na população idosa, está relacionada ao histórico de hospitalização maior, segundo Dias et. al (2023). Na pesquisa realizada por Dias et. al (2023) identificou-se a associação de menor escolaridade, maior quantidade de medicamentos e pior mobilidade entre idosos hospitalizados. Idosos com histórico de hospitalização tiveram três vezes maior chance de apresentar baixo desempenho de mobilidade.

Quanto a *renda* dos idosos, a fonte mais importante de rendimentos são as aposentadorias e pensões, sendo 80% das pessoas entre 65 e 74 anos recebem aposentadoria ou pensão, seja como sua única fonte de renda, seja combinada com outras fontes de rendimento, inclusive trabalho. Este percentual sobe para 89% das pessoas com mais de 75 anos (IBGE, 2017).

Tabela 5: Fonte de rendimento dos idosos no Brasil, em 2017.

Categoria	Entre 65 e 74 anos (%)	Com 75 anos ou mais (%)
Somente aposentadoria ou pensão	62,8	78,3
Combinação de aposentadoria com trabalho ou de aposentadoria com outras fontes	17,2	10,6
Somente trabalho	5,5	0,5
Somente outros rendimentos*	4,8	5,3
Trabalho e outras fontes	1,1	0,3
Nenhuma das categorias acima**	8,6	5,0

Nota:*Incluem benefícios como o Benefício Assistencial de Prestação Continuada (BPC-Loas) e outros

programas sociais do governo, a doação ou mesada de pessoa fora do domicílio do idoso, aluguéis e arrendamentos. **Idosos sem nenhuma fonte de renda individual (rendimento zero, embora possa viver em domicílio com renda positiva).

Fonte: Elaboração própria, com dados da PNAD Continua 2017.

Para 69% da população acima de 65 anos de idade, em 2020, a renda média era de menos de dois salários-mínimos, enquanto 60% da população economicamente ativa recebem até um salário-mínimo. Em 2017, renda média da população idosa (R\$ 2.004) é aproximadamente 41% mais alta do a renda média da população entre 14 e 64 anos (R\$ 1.425). A discrepância é ainda maior entre os idosos economicamente ativos, aqueles com renda fixa (aposentadorias, pensões) mais a renda do trabalho. A renda média desses idosos (R\$ 4.054) é mais do dobro da renda média da população economicamente ativa entre 14 e 64 anos (R\$ 1.881). Entretanto, alerta Cardoso et al (2021), apenas uma parcela pequena da população acima de 65 anos se mantém ativa. Os idosos ativos são apenas 15% da população idosa. E somente 5,5% daqueles acima de 75 anos se mantinham economicamente ativos. Esses números revelam que apenas uma minoria privilegiada se mantém ativa e independente na velhice.

Para tanto, Camarano (2020) sinaliza que o rendimento dos idosos contribuem para o sustento das famílias brasileiras. No período pandêmico, o idoso foi vítima duas vezes: foi quem mais morreu e quem é mais afetado pelo desemprego, ou seja, a renda dos idosos foi destinada para o sustento e sobrevivência das famílias brasileiras. No entanto, o seu papel nas famílias ainda é pouco reconhecido e estudado, tornando sintomático a morte a pobreza de uma família, caso um idoso morra.

Onde moram os idosos?

Quanto a moradia, apenas uma minoria dos idosos vive na área rural. Cerca de 85% da população com mais de 65 anos vive nos centros urbanos (PNAD Continua, 2017). Para Romero et al. (2021), os idosos que vivem no ambiente rural contam mais com a comunidade formada por vizinhos, amigos e parentes mesmo que distantes. Para aqueles que moram nas cidades de até 15.000 habitantes, a maioria, vivem sozinhos ou com apenas o cônjuge, o apoio é advindo dos vizinhos próximos e familiares e da rede de saúde do Programa Saúde da Família (PSF), são os mais presentes. Já aqueles que vivem em cidades grande, morar sozinho é mais recorrente, no qual podem ter mais acesso a políticas de assistência e de saúde próximo.

Com a queda da natalidade, as famílias diminuíram de tamanho, com efeito existe um número crescente de pessoas idosas morando sozinhas, antes com a presença de várias gerações numa mesma residência. Em algumas situações, a opção em morar sozinho pode refletir a busca por autonomia e privacidade, não significando, necessariamente, o afastamento do convívio e cuidado da família, especialmente quando o idoso é independente e autônomo para realizar suas ABIVD. O oposto disso, morar sozinho pode sinalizar, abandono ou ainda a falta de opção em compor um domicílio junto a outros familiares, podendo levar a riscos maiores de saúde e isolamento social, menor suporte social e baixa qualidade de vida (Romero et al., 2021).

Conforme o último Censo Demográfico (IBGE, 2022), 28,7% das pessoas que moram sozinhas no país têm 60 anos ou mais, totalizando mais de 5,6 milhões de idosos. Revelou que o maior percentual de pessoas vivendo sozinhas no país é de idosos. Apesar desse aumento na moradia isolada, uma parcela considerável dos idosos continua a viver com seus familiares, principalmente na forma de famílias estendidas, muitas vezes apoiam financeiramente ou no cuidado com netos.

3. CAPÍTULO 2: LUGAR PARA SE VIVER: O CUIDADO FORMAL EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Para entender o tempo presente e suas relações sociais sobre o cuidado formal coletivo em instituições para pessoas idosas se faz necessário contextualizar os traços do passado direcionado ao conhecimento produzido acerca dos fenômenos econômicos, políticos, sociais e culturais. Nessa perspectiva, Campos (1987), afirma:

O estudo da evolução histórica de um determinado campo de conhecimento ou fenômeno social permite sempre uma melhor compreensão dos problemas a ele afetos. Fornece além disso, subsídios para a formação de uma visão mais crítica acerca da realidade, ensejando prognósticos sobre o curso dos acontecimentos (Campos, 1987, p.16)

Os registros proporcionam a possibilidade de explicar muitos dos fenômenos da realidade contemporânea considerando a interdisciplinaridade entre as mais diversas áreas do conhecimento científico. Viana (2017, p.27) parafraseando Paulo Freire cita que “estar no mundo sem fazer história ou produzir conhecimento sem ser ancorado na história é uma pregação sem fundamentos”

Dessa forma, a materialidade do mundo não pode ser pensada somente a partir da forma como os homens se organizam socialmente, tampouco se define o materialismo histórico exclusivamente pelos meios de produção. Marx “aponta para a origem histórica da relação social, reconstituindo seus diferentes elementos” (Martins, 2012, p. 76). Portanto, neste capítulo faz referência a trajetória histórica e social do cuidado institucional na velhice nos países de capitalismo central.

3.1. Os *gerontokomeions* na Antiguidade: um lugar para os velhos excluídos

Inicialmente, o termo velhice foi confrontado de diversas maneiras, ao longo da história. Para entender o seu significado é preciso examinar o espaço, a posição e representatividade destinada aos velhos em diferentes épocas e locais. Na idade Antiga, os poucos registros sobre idade cronológica, os velhos são incorporados nas mitologias, poemas, literatura e iconografias na categoria de adultos de idade avançada. Além disso, eram pouco representados, devido à baixa proporção de pessoas que viviam mais, na maioria, morriam ainda jovens adultos, vítimas de graves doenças dadas pelas situações precárias de existência, especialmente os mais pobres (Palma; Schons 2000; Beauvoir 2018).

Em algumas sociedades na Antiguidade, ter uma idade avançada significava valorização, tendo em vista o papel importante que desempenhava em transmitir saberes e ofícios aos jovens de forma individualizada, através da transmissão direta de conhecimentos adquiridos e acumulados. Beauvoir (2018) aponta que esse privilégio na vida pública era destinado aos homens velhos, em detrimento da representatividade minoritária das mulheres nessa sociabilidade. Para outras sociedades, especialmente na Grécia Antiga, o envelhecimento era visto conforme a classe social. Assim, aos velhos abastados social e economicamente, era reservada a posição de sábio e líder na comunidade, ao contrário dos miseráveis e pobres que contavam apenas com a caridade ou com as famílias para sobreviver (Mascaro 1997; Dardengo; Mafra 2018). Mustafá (2020) aponta que os escritores antigos condicionavam a velhice pelas condições materiais que possuíam, definidora de uma velhice feliz.

Nesse contexto social, surgem as instituições de caridade para atender a todos que careciam de ajuda. Stathakopoulos (2012) aponta que as instituições de caridade seriam uma invenção, genuinamente cristã, na Antiguidade. Destinadas para atender às necessidades de cuidados, sendo incluídos todos que precisavam, especialmente os indigentes, pobres, miseráveis, viúvas, estrangeiros, peregrinos, órfãos, velhos e enfermos. Essas instituições se

espalharam rapidamente pela Europa, especialmente em Roma e Espanha. Os impérios entendiam que, com advento do cristianismo, concretizado na construção de instituições de caridade e igrejas, poderiam manter seu poder sobre a população. Apesar do governo imperial assegurar suas construções, proteger e garantir legados, cabia exclusivamente à igreja sua gestão.

Ainda conforme o autor, as igrejas com os seus monastérios possibilitaram a expansão das instituições de caridade pelos próximos séculos, categorizando as instituições de acordo com o perfil das pessoas. Dentre essas instituições, surgem as denominadas *hospes* que se caracterizavam em atender, cuidar e prover abrigo aos mais necessitados, especialmente, no fim da vida. Sua principal função era cuidar da saúde dos enfermos. Os poucos registros históricos existentes, apontam que as *hospes* eram construções com dimensões reduzidas, impróprias e inadequadas para cuidar e abrigar dignamente os seus moradores, à época. Cabia, principalmente, às entidades religiosas prover esses cuidados por caridade (Araújo; Leta, 2014).

Na Grécia antiga e parte do norte europeu, as instituições de caridade destinadas em cuidar e abrigar as pessoas com idade avançada denominava-se *gerontokomeion*. Estas tiveram início, aproximadamente, do final do século IV, na chamada Antiguidade tardia e atendiam velhos doentes e dependentes, impossibilitados de prover o próprio cuidado e sustento, seja por deficiência física, mental ou financeira (Stathakopoulos, 2012).

Conforme os registros históricos, a função basilar dos primeiros gerontocômios eram de instituições depositárias, tuteladoras e caritativas que ofereciam aos indivíduos com idade avançada, apenas cuidados básicos, especialmente, para aqueles que estivessem nos seus últimos dias de vida. A mais antiga legislação de funcionamento destes estabelecimentos tem sua origem no Império Bizantino, no governo de Justiniano (527-565), através do Código Justiniano (Christophe, 2009). Pollo e Assis (2008) são enfáticos ao mencionar que a trajetória histórica dos hospitais se aproxima à de asilos de idosos, pois ambos atendiam e abrigavam pessoas, inclusive idosos, em circunstância de miséria e exclusão social.

A Igreja católica no Império Romano se desenvolveu, fortaleceu e expandiu por toda Europa Ocidental de forma colossal, sendo a principal religião cristã, à época. Atrelado a essa força, especialmente no período do governo Justiniano, surgiram novas práticas e proposições endereçadas ao amparo dos excluídos socialmente. O advento da filantropia e a caridade, ganhou demasiado espaço permanente e importante na sociedade. A palavra filantropia tem sua origem na Grécia antiga e significa “amor à humanidade”. Então, o cristianismo foi o precursor

no amparo e cuidados de longo prazo às pessoas idosas (Charnet, 2015).

Para tanto, em Roma foi fundado o primeiro gerontocômio nas sociedades cristãs ocidentais pelo Papa Pelágio II (520-590 d.C), que transformou sua própria casa em um hospital para velhos. É admissível que no fim da idade Antiga intensificaram-se as instituições de caráter filantrópico, vinculadas aos templos religiosos (Alcântara 2003; Christophe 2009; Araújo; Souza; Faro 2010).

Arelado a essa conjectura, no fim da Antiguidade, as sociedades do mundo greco-romano conseguiram formar organizações sociais, culturais e econômicas baseadas na vida urbana, mas financiadas pela exploração do campo. A agricultura caracterizava a atividade dominante que ostentava as principais fortunas urbanas. Com isso, a expansão dessas cidades deu início a um modo de vida urbano, sentida pela pobreza e exclusão social ainda mais intensa para com os velhos (Almeida; Amaral 2013).

3.2. As *almshouses* na Idade Média

O período medieval foi o ápice do feudalismo, organização econômica e social pautada na servidão, na Europa Ocidental, no qual a nobreza controlava as grandes propriedades agrícolas. O modo de produção não caberia mais ser escravista, e sim servidão. As relações de poder eram marcadas pela exploração alicerçada pela coação econômica que subjugava o camponês. Arelado a isso, a Idade Média foi marcada pela deterioração do Império Romano e pelas grandes batalhas dos reinos cristãos em busca da sucessão de tronos e disputas territoriais (Almeida, Amaral, 2013).

Nesse contexto, ter idade avançada representava a perda de força física para lutar e trabalhar, restando-lhes a obrigação de realizar atividades humilhantes e degradantes para sobreviver. Bem como, até as propriedades e bens dos idosos eram desprotegidas, nas quais o poder repousava na população jovem. A velhice era associada ao declínio do corpo. Beauvoir (2018) aponta a importância que se dava aos aspectos físicos “Tanto entre os nobres, quanto entre os camponeses, a força física prevalecia: os fracos não tinham lugar” (Beauvoir, 2018, p.162).

Na análise do historiador Jean-Pierre Bois (1997) a aristocracia feudal ainda preservava e protegia seus velhos, por considerar a continuidade da sua própria sobrevivência. O não

rompimento das famílias garantiria a defesa do feudo, da fortuna e das terras. Enquanto aos velhos das famílias do clero, na maioria, restavam-lhe viver miseravelmente, alocados em abrigos. Estes eram providos e administrados pelos conventos e mosteiros das igrejas cristãs, através da caridade.

Nessa conjectura, ainda conforme Bois (1997), a ruptura dos laços comunitários e familiares, à época, torna-se mais intensa e irremediável. A família extensa começa a limitar-se a uma relação conjugal que não mais integra as pessoas com idade avançada. Os velhos pobres e dependentes, que antes estavam inseridos numa rede de solidariedade comunitária, passam a ter uma velhice desprotegida, discriminada, renegada e rejeitados na sociedade, cuja existência cria uma urgência de lugares para serem atendidos e cuidados. É percebido o fortalecimento da Igreja Católica e do controle estatal sobre a sociedade em detrimento de todas as formas de cultura popular e comunitária.

Apesar desse desfecho, observa-se um aumento demográfico de velhos, entre os séculos XIV e XV, devido às epidemias de peste negra e cólera, que afetaram, principalmente, a população jovem. Isso repercutiu numa maior valorização dos mais velhos na sociedade e ao mesmo tempo resultou em conflitos intergeracionais (Almeida; Ramos 2021). Nesse contexto, para atender à demanda das pessoas envelhecidas pobres e enfermas, que necessitavam de moradia e cuidados, surgiram e se intensificaram as casas de cuidado coletivo nas vilas e cidades, principalmente, junto aos monastérios medievais, especialmente na Inglaterra, denominadas *almshouses*.

Conforme Nicholls (2017), as *almshouses* são instituições caridosas, construídas pelos ricos a serem vividos pelos pobres, tangíveis representações da filantropia e demonstração visível de atitudes históricas para os pobres. Prevalece a concepção da criação das mesmas ser compreendida como um retorno às necessidades sociais, e não uma resposta racional aos problemas de pobreza e miséria dos desabrigados de idade já avançada.

Devido à baixa proporção de idosos, dentro da população total, eles não constituíam ainda uma categoria social, eles eram invisíveis como grupo. Nessa direção, com um aumento demográfico considerável entre os séculos XIV e XV, os pobres formavam a categoria social mais importante, e dentre estes encontravam-se os velhos abandonados, miseráveis, desprotegidos e, na maioria das vezes, doentes. Uma vez que os idosos ricos continuavam a ser cuidados no seio de suas famílias, por isso ainda não era possível ter instituições de cuidados apenas para o segmento populacional de idosos (Camarano; Christophe 2010).

Estudos (Fabrício 2017; keil, 2002) afirmam que as primeiras *almshouses* foram fundadas na Inglaterra, a mais antiga e ainda em funcionamento é o Hospital de St. Cross estabelecida na cidade de Winchester, criado entre os anos 1132 e 1136 pelo Bispo Henry de Blois. As *almshouses* eram mantidas através de recursos oriundos dos mosteiros e de doações de benfeitores, as quais tornaram-se a principal maneira de caridade aos pobres e miseráveis. Dessa forma, os ricos tinham o poder de determinar quem poderia ou não ser beneficiado. Quanto aos cuidados, nessas casas coletivas, eram realizados por mulheres e pelos próprios moradores, aqueles com melhores condições de saúde. Os serviços de supervisão e administração cabiam aos padres.

Nessa perspectiva, ao longo dos Séculos XIV e XV, surgiram e se multiplicaram na Europa Ocidental, especificamente, na Alemanha, Flandres (Holanda) e Itália, instituições de cuidado coletivo, principalmente de caráter filantrópico, de caridade e hospitalidade em geral. As mesmas, proliferaram nos centros urbanos para cuidar dos miseráveis, enfermos e desamparados, inclusive os velhos e velhas. Pessoas, que não tinham lugar na recente estrutura capitalista em formação, dos burgos emergentes (Christophe, 2009).

Somado a isso, no final do Século XV, a imagem da velhice é reforçada como negativa diante da sociedade, ter idade avançada significava a cessação das atividades, dando início à concepção moderna de isolamento social dos velhos em instituições de cuidados de longo prazo, não mais por caridade, mas por necessidade social.

3.3. O isolamento social dos velhos na Idade Moderna

A Idade Moderna é marcada pelos efeitos da transição do feudalismo para o sistema capitalista, no qual, formavam-se vilas e cidades desordenadas em decorrência do êxodo rural intenso. O fluxo migratório de trabalhadores rurais para áreas urbanas a procura de trabalho aumentou, consideravelmente, a população dos centros urbanos, consequentemente sem trabalhos, desempregados, pessoas perambulando pelas ruas miseravelmente, inclusive idosos, gerando problemas sociais de natureza diversa (Fabrício, 2017).

Nesse cenário, vários estudos (Filizzola, 1972; Born, 2001; Born; Boechat 2006; Camarano, 2010) salientam que durante o Século XVI, na Inglaterra, os excluídos do mercado de trabalho tornaram-se indesejáveis na sociedade urbana inglesa. Visando resolver esta situação, a Coroa Inglesa junto com o Parlamento Inglês formulou um projeto de lei que pudesse

assistir a essas pessoas. Esse projeto se transformou em preceito legal caracterizado como Lei dos Pobres, em 1601. Vale ressaltar que essa lei tem como base outra norma assistencialista de 1597, denominada de ‘Supervisor dos Pobres’, cujo sentido era nomear religiosos para serem espécies de “inspetores dos pobres”. A função desses inspetores era zelar, ensinar, cuidar e ajudar os desocupados e pobres a ter uma profissão e trabalho.

Conforme Riquelme (2007), na França desenvolveu-se o chamado “movimento hospitalar” que visava à hospitalidade e cuidados dos necessitados de maneira geral, tirando-os da rua, visando prioritariamente, manter a ordem social, sedentarizando o beneficiário. Surgem assim, os *Bureaux des Pauvres* (Escritórios dos pobres), as *Aumônes* (Esmolas), *Charités* (Instituições de caridade) e *Hôtel-Dieu* (Hotel), onde os miseráveis, e entre eles os velhos, conseguiam encontrar abrigo e alimento, em condições mínimas. Não havia distinção entre mendigo, doente, louco e velho.

Nesse processo, as *almshouses*, na modernidade, se multiplicam e se fortalecem na Europa Ocidental, com o propósito em atender à crescente demanda de pessoas que necessitavam de acolhimento. O perfil dos ocupantes das *almshouses* continuam os mesmos do século passado - pobres, enfermos e sem moradia - os excluídos do mercado de trabalho, especialmente os velhos. Nesse contexto, à época, as profundas alterações sociais, culturais e econômicas fortalecem o papel da igreja e o controle social exercido pelo Estado sobre a sociedade, a preocupação com a ordem social constituía uma prioridade (Riquelme, 2007).

Com a reforma protestante e a fundação da Igreja Anglicana, no Século XVII, as *almshouses* continuaram a ser estabelecidas em muitas outras localidades e cidades, independentemente, portanto, da Igreja Católica. A partir desse século, o funcionamento das *almshouses* passou a contar com o auxílio financeiro de doadores que exerciam o poder de determinar que pessoas seriam elegíveis para serem acolhidas, condicionando nesta época, o benefício ao pertencimento à Igreja Anglicana, constituindo uma segregação religiosa (Christophe, 2009).

No fim do Século XVII, o pensamento iluminista, baseado nos ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, pregava maior liberdade econômica e política. A partir desses ideais, com o advento do método e da razão, as instituições de residência de caráter caritativo passaram a se especializar dividindo os seus beneficiários entre crianças em orfanato, loucos em hospício e idosos em asilos. Dessa forma, se fincava o isolamento social das categorias sociais, dando-lhe lugar específico e excludente, especialmente aos idosos (Silva, 2008).

A partir da segunda metade do Século XVIII, iniciou-se a Primeira Revolução Industrial na Grã-Bretanha, marcada pelas profundas modificações, especificamente, na economia. Estreitamente relacionada ao desenvolvimento do sistema capitalista e à ascensão da burguesia, a industrialização se estendeu por todo o mundo e determinou o surgimento de novas formas de sociedade, de Estado e de pensamento em todo o mundo (Saraiva, 1999).

Na Europa, especialmente na Inglaterra, na transição entre os Séculos XVIII e XIX, as mudanças demográficas começaram a inverter a faixa etária da população, as quais assinalavam um declínio nas taxas de fecundidade e mortalidade e subsequente aumento da população idosa. Carvalho e Garcia (2003) mostram que, em 1870, no respectivo país, as pessoas com 60 anos ou mais já correspondiam a 7,4% da população total, evidenciando uma tendência etária inevitável e irreversível. Kalache et al. (1987) chamam a atenção dos significativos ganhos na expectativa de vida das populações europeias, como resultado das conquistas tecnológicas da medicina moderna que tornaram possível prevenir ou curar muitas das doenças fatais do passado, apesar da maioria da população continuar vivendo em graus absolutos de pobreza.

A partir desse contexto, o crescimento inevitável da população idosa se estabelecia devido à maior expectativa de vida e declínio da mortalidade, reflexos de melhorias nas condições de higiene, saúde e habitação. Contudo, segundo Fabrício (2017), essas melhorias alcançaram especialmente as classes privilegiadas, em contrapartida, as pessoas de classes economicamente desfavorecidas continuavam vivendo uma velhice decadente, recaindo aos cuidados das famílias e da igreja.

3.4. Multiplicação das instituições de cuidado de longo prazo para idosos

O Século XIX foi marcado pela consolidação do capitalismo como sistema de produção dominante, decorrente da primeira Revolução Industrial urbana. Em sentido amplo, refere-se à fase do desenvolvimento industrial que corresponde à passagem da oficina artesanal e da manufatura para a fábrica. A indústria, com a invenção da máquina a vapor, acelerou o desenvolvimento da agricultura, dos transportes, das ferrovias e da navegação e logo após, as máquinas de fiar e tecer passaram a fazer parte da produção de tecidos. Esses elementos impulsionaram o crescimento das forças produtivas necessárias para o novo modo de produção instaurado (Santos, Saraiva, Cezar, 2017).

Naquela conjuntura, o trabalho dos operários nas fábricas era extremamente exaustivo,

duro e desgastante, o qual requeria uma mão de obra eminentemente jovem e sadia. Dado o tipo de trabalho, pesado e muitas vezes desumano, a força de trabalho jovem passou a ser mais valorizada, em detrimento da mão de obra dos mais velhos. Acreditava-se que a população jovem atenderia melhor a demanda de mercado, em prejuízo da desvalorização e exclusão da mão de obra dos mais velhos, especialmente dos mais pobres (Fabrício, 2017).

As transformações econômicas e sociais vivenciadas em grande parte da Europa Ocidental, em consequência do novo modo de produção e da intensa migração da população rural para as áreas urbanas, visando melhores condições de vida, acelerou o crescimento urbano das cidades caracterizadas como grandes polos industriais, à época. Ao mesmo tempo em que se desenvolvia a mecanização no campo, a sobrevivência da agricultura familiar tornou-se mais difícil. Aqueles que não possuíam mais condições de subsistir no campo, juntaram-se à nova massa dos desvalidos da cidade, contribuindo para o acréscimo do contingente de proletários. Essa situação torna visível o incremento da população pobre e indigente incluindo os velhos, sobretudo, em situação de rua e em condições de miséria (Saraiva, 1999; Fabricio, 2017).

Ainda conforme as autoras acima, essa conjuntura provoca reflexões acerca do lugar e do papel que as pessoas mais velhas passam a ocupar na sociedade capitalista. Inicia-se a discussão sobre a Revolução Industrial e suas consequências sociais, entre essas, a exclusão no mundo do trabalho para as pessoas com idade avançada. Mediante as novas exigências da produção capitalista, as pessoas mais velhas não se enquadravam em funções relevantes, recaindo sobre essas pessoas o peso da inutilidade e da decadência.

A velhice dos trabalhadores foi assimilada à invalidez, ou seja, à incapacidade de produzir. Com o advento das consequências geradas pela Revolução Industrial e urbana, no Século XIX, os jovens passam a aprender, não mais com os mais velhos, mas, de forma maciça, nas escolas e nas fábricas. Nessa condição, os conhecimentos transmitidos pelos mais velhos tornaram-se arcaicos, obsoletos sem importância. Nesse novo cenário, os valores também sofreram consideráveis alterações, as pessoas consideradas mais velhas são tratadas como mecanismos, peças de máquinas dependentes do seu valor funcional, não são mais produtivas, tornaram-se improdutivas, sem valor.

Conforme Santin e Borowski (2008), nessa conjuntura, as classes dominantes não empreendiam muitos esforços para ajudar os idosos pobres, cujo destino dependia, geralmente, da solidariedade da família e da igreja, porém, na maioria das vezes acabavam abandonados e expulsos do convívio social, ou asilados.

Silva (2008) enfatiza que, ao longo do Século XIX, atrelado ao novo sistema capitalista, se consolida a segmentação formal do curso da vida em categorias etárias, diferenciações entre as idades e especializações de funções, hábitos e espaços destinados a cada grupo etário. Essa condição está intimamente ligada ao novo processo de ordenamento social nas sociedades ocidentais capitalistas. Desse modo, o reconhecimento da velhice como uma etapa única da vida é uma tendência contínua em direção à segregação das idades na família e no espaço social. A identificação dos sujeitos com as categorias etárias atingiu praticamente todas as esferas da vida social, fazendo-se presente no espaço familiar, no domínio do trabalho, nas instituições de atendimento à população idosa, no mercado de consumo.

No que concerne ao atendimento das demandas crescentes da população envelhecida, segundo Esteves (2017), à época, multiplicaram-se as instituições caracterizadas como abrigos ou asilos em comunidades periféricas nos grandes centros urbanos, que vão acolher, nesse momento, não apenas as pessoas em idade avançada, mas, todos que vivem miseravelmente nas ruas. Para tanto, países europeus – como Portugal e Inglaterra – promoveram medidas sociais e assistencialistas na implantação de asilos para acolher apenas os idosos desvalidos financiados, na maioria, por benfeitores homens e mulheres que faziam doações às instituições católicas de misericórdia e em hospitais voltados para atendimento dos mais necessitados. Nesse cenário, as atividades filantrópicas assumem contornos mais evidentes. A atuação do Estado nas instituições, à época, era diminuta, sendo majoritariamente a igreja católica responsável pelas ações de caridade e provimento de acolhimento da pessoa idosa.

Em consequência disso, foram criados, na Europa, asilos grandiosos com alta concentração de velhos, que passaram a constituir uma parcela numerosa e significativa da sociedade. Segundo Beauvoir (2018), o maior desses abrigos que se tem notícia é o Salpêtrière, criado na França, em 1656, no reinado de Louis XIV. No Século XIX, esse asilo foi ampliado e passou a atender uma quantidade muito maior de velhos, aproximadamente 8 mil doentes, dentre estes 2 a 3 mil eram pessoas velhas com idade superior a 60 anos. Os cuidados eram divididos entre os residentes que se encontravam em melhores condições de saúde e as freiras Franciscanas. Ressalta-se que o Salpêtrière é considerado a primeira instituição caracterizada geriátrica da França, um espaço que possibilitou coletar dados clínicos e sociais sobre as pessoas idosas.

Ainda na Europa, especificamente em Portugal, na cidade de Viena do Castelo foi construído no Século XVIII e ampliado no século seguinte o famoso Hospital da Caridade. Trata-se de uma instituição assistencialista de acolhimento para pessoas com idade avançada,

abandonados, incapazes de custear a sua subsistência, desprovidos de saúde física e mental. A instituição atendia ambos os sexos, com predominância do sexo feminino. As idosas sofriam mais abandono pela condição de ser mulher, elas tinham maiores dificuldades de prover seu próprio sustento, quando jovens eram ‘protegidas’ pelo casamento, mas quando viúvas o caminho, geralmente, era a pobreza, sendo o asilo o lugar que as abrigavam (Esteves, 2017).

A autora revela que o seu funcionamento era provido pela Congregação de Nossa Senhora da Caridade, por meio de donativos de pessoas ricas, esmolas e a realização de atividades de lazer para arrecadar mais dinheiro. Em relação à ocupação dos cargos, o de secretário e tesoureiro, eram escolhidas pessoas do sexo masculino e tinham como principais características saber ler, escrever e contar, consideradas como funções privilegiadas. Para as funções operacionais tais como limpeza, alimentação e cuidados dos enfermos e asilados era destinadas, majoritariamente, as mulheres.

Diante da demanda crescente pela procura de acolhimento, as instalações do Hospital da Caridade foram ampliadas paulatinamente, tornando-o referência em Portugal no Século XIX e XX, a saber:

No século XX, assiste-se à proliferação de instituições vocacionadas para os idosos. A sua criação resultou, sobretudo, de iniciativas particulares, com destaque para os “brasileiros” bem-sucedidos. Movidos pelo altruísmo, mas também, em muitos casos, pela busca de prestígio social e até de protagonismo político, destinaram parte da riqueza conseguida no Brasil a obras de caridade social, tendo como principais destinatários os mais carenciados e os desprotegidos (Esteves, 2017 p.74).

As transformações socioeconômicas, demográficas, políticas e culturais que marcaram o Século XIX, já mencionado, repercutiram no século seguinte, com uma concentração ainda maior de estigma negativo e desvalorização do velho. Uma vez que o formato da família patriarcal foi diminuindo seu domínio, dando lugar a novos arranjos familiares. A família nuclear não é mais o único modelo vigente e o aumento das separações e recasamentos trouxe à tona a vulnerabilidade dos vínculos e a questão dos cuidados para com as pessoas idosas.

Outra característica definidora da nova ordem, consistiu na necessidade do trabalho feminino na produção industrial. Com o desenvolvimento tecnológico e o intenso crescimento da maquinaria, boa parte da mão-de-obra feminina foi transferida para as fábricas. Isso refletiu na queda acentuada da taxa de fertilidade na metade do Século XX na Europa, que passou de

22,7 em 1950 para 13,8 em 2000 (números de nascimentos por 1000 pessoas) com tendência ao declínio. Dados apontam, que o decréscimo da taxa pode estar associado a vários fatores, tais como: urbanização crescente, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher no mercado de trabalho e instabilidade de emprego. Além disso, essas mudanças ocorreram num ambiente de liberdade de escolha em ter ou não filhos, começando pelas camadas mais afluentes da sociedade, envolvendo disposições racionais, sendo, ao mesmo tempo, fruto e pré-condição para o efetivo sucesso da contemporaneidade (Alves; Galiza 2022).

Na perspectiva de Kalache et al. (1987), no Século XX, as alterações demográficas configuravam-se em formatos consolidados e bem definidos. O crescimento considerável proporcional de idosos em relação à população total na Europa Ocidental, na qual os idosos representavam aproximadamente 8% da população total em 1900, passou aproximadamente, para 17% em 1960. Isso foi possível com o aumento da esperança de vida média da população mundial, que apresentava em torno de 30 anos em 1900, ultrapassou os 60 anos de idade em 2000.

Nessa direção, a redução acentuada da taxa de mortalidade também foi crucial para as pessoas chegarem a idades avançadas. Se deve em função da melhoria do padrão de vida da população em decorrência do acesso ao saneamento básico, melhorias da higiene pessoal, desenvolvimento, inovação e distribuição de vacinas, programas de saúde pública, ampliação da medicina (Alves; Galiza 2022).

Dessa forma, as população acima dos 60 anos de idade passaram a viver mais, uma conquista na sociedade contemporânea. Com isso, o processo de envelhecimento e da velhice passaram a ser mais estudados e discutidos na sociedade e nos meios acadêmicos. Para tanto, foram criadas leis, políticas, dentre outros dispositivos voltados a assegurar direitos referente a saúde, previdência, moradia, assistência para a população idosa. Entre esses dispositivos, o cuidado formal em instituições para este segmento populacional se expandiu, consideravelmente, e se configura em moradias coletivas e regulamentadas. Constitui em um espaço de cuidado integrado de saúde, assistência, proteção e lazer, especialmente para aquelas que apresentam fragilidades e dependência para a realização das ABIVD. A criação, funcionamento e gestão dessas instituições, é perpassada ora pelo Estado, ora pelo mercado e não mais pela caridade, apenas.

3.5. Evolução sócio-histórico dos abrigamentos coletivos para idosos no Brasil

Na América Latina, particularmente no Brasil, o atendimento às pessoas com idade avançada em asilos, está associado às atividades filantrópicas, caritativas, de iniciativas religiosas. Conforme Alcântara (2004) e Araújo, Souza e Faro (2010), a história dos asilos para velhos e velhas se assemelha com a dos hospitais, pois, ambos tinham a finalidade de abrigar pessoas em situação de pobreza e exclusão social.

Nesse campo, os estudos mais sistematizados sobre essas instituições no Brasil tratam da sua origem no Século XVIII e estão relacionados historicamente aos cuidados prestados para atender pessoas em situação de abandono, pobreza e enfermas, não apenas pessoas idosas. O primeiro asilo criado no Brasil, segundo Lima (2011), foi em 1782 no Rio de Janeiro, pela Ordem 3ª da Imaculada Conceição com apenas 30 leitos, de caráter caritativo.

Em 1797, no Brasil Colônia, o Conde de Resende defendeu a ideia de que os soldados velhos mereciam uma velhice digna e “descansada” e fundou no Rio de Janeiro a Casa dos Inválidos, como reconhecimento àqueles que prestaram serviços à pátria, para que tivessem uma velhice mais tranquila. Sua história foi curta, tendo sido seus residentes transferidos no início do Século XIX para a Santa Casa da Misericórdia. Por consequente, a chácara foi doada por Dom João VI ao seu médico, como pagamento de dívidas (Alcântara, 2004; Christophe, 2009; Camarano, 2010).

3.5.1. Instituições de atendimento às pessoas idosas no Brasil Império

O Século XIX foi um período marcado por intensas transformações sociais, políticas e econômicas e, ao mesmo tempo, por fortalecimento das práticas de controle social, no Brasil. Nesse cenário, a população pobre (no seio da qual os velhos viriam a ser diferenciados) era percebida de diferentes formas, valores e significados pela sociedade. Groisman (1999a) traz uma analogia que se fazia entre mendigos e vadios na cidade do Rio de Janeiro, e como a sociedade os viam e os tratavam, os primeiros merecedores de caridade e os segundos de represálias, entre estes encontravam-se as prostitutas.

Nas primeiras décadas do Século XIX, os cuidados de mendigos, inválidos, crianças ociosas nas ruas e idosos eram de caráter assistencialista, encontravam-se ligados ao cenário cotidiano e religioso das cidades onde pertenciam. Sujeitos reconhecidos e tolerados

socialmente pela população, sendo merecedores de caridade, no qual participavam de funerais, festas de Igrejas, procissões religiosas, batizados, missas, grandes comemorações familiares como aniversários e casamentos, portanto, eram ocasiões em que se procurava praticar a caridade. Através dos atos de piedade, a população reconhecia o mendigo como um personagem legítimo do mundo da pobreza. Neste contexto, pode-se dizer que havia entre os mendigos e as outras camadas sociais uma relação próxima, no sentido de compaixão e pena dos desabrigados das ruas (Groisman, 1999a).

Mas, a partir da metade do Século XIX,

[...] assiste no Brasil ao fortalecimento do discurso da filantropia e ao processo de constituição da medicina social, que vão alterar de forma significativa as práticas sobre a pobreza. A decadência da escravidão, com a proibição do tráfico negreiro, colocou à sociedade a necessidade de transformar os pobres livres em trabalhadores assalariados. Neste sentido, a concepção de pobreza começa a desvincular-se de seus aspectos morais e religiosos e surge como fato econômico. O discurso filantrópico e o higienismo criticarão a caridade, propondo um projeto civilizador. A população indigente – mendigos e vadios – será mais intensamente reprimida (Groisman, 1999a, p. 178).

Neste panorama, Groisman (1999a) enfatiza que o Estado e a medicina social passam a controlar a população pobre, indesejada na sociedade, através de asilos e instituições. A partir de 1850, a investida sobre a população de rua se acentua. Também no Rio de Janeiro, em 1852, foi inaugurado o primeiro hospital destinado ao tratamento de alienados no Brasil, denominado Hospício de Pedro II, que inicialmente foi construído com a capacidade para trezentos pacientes de ambos os sexos. O espaço foi originalmente planejado para os cuidados e a cura dos doentes mentais, incluindo pessoas com idade avançada que percorriam as ruas do Rio de Janeiro, consideradas um perigo para o convívio com pessoas sãs no mesmo ambiente (Rey, 2012).

Conforme Gonçalves (2013), existia a convicção de que os doentes mentais deveriam ser tratados em separado dos demais doentes, assim como a compreensão de que o contato com pessoas sãs era prejudicial tanto para a sociedade, que se via exposta ao perigo de um ataque de fúria, como para o tratamento médico dos próprios alienados, que ficavam expostos às represálias de elementos da sociedade. Além disso, um novo olhar para os tratamentos de doenças começara a surgir com muita força, o conceito da “medicalização da sociedade”. Nessa direção, os doentes mentais também serviam para os estudos psiquiátricos e tratamentos experimentais na progressiva medicalização.

Conforme Groisman (1999a), no Rio de Janeiro, em 1854, fundava-se o Asilo de Mendicidade, que se destinava a acolher todos os mendigos encontrados na rua, adros de

Igrejas, praças e os doentes. O asilo, que atendia ambos os sexos, tinha capacidade para 70 mendigos, inclusive os velhos. Não obstante, os mendigos deixariam de inspirar piedade e a filantropia passaria a criticar a caridade. Devido à superlotação e instalações inadequadas, o Asilo de Mendicidade se mostrou insuficiente, percebeu-se a necessidade de aumentar seu tamanho e sua capacidade de abrigar os considerados “indesejáveis da sociedade”.

Diante dessa realidade em 1879, foi reinaugurado o “novo” Asilo de Mendicidade por Dom Pedro II, este passaria para uma capacidade de atender 120 pessoas e seu funcionamento era regulado por Decreto Imperial que estabelecia a admissão de quatro classes de mendigos, de ambos os sexos:

1º, os menores de 14 anos, abandonados e ociosos; 2º, os indigentes, os velhos e os incapazes, que recorriam à caridade dos transeuntes; 3º, os que se apresentavam espontaneamente, provando indigência; 4º, os alienados que não podiam ser recebidos no Hospício D. Pedro II (DIRETORIA GERAL DE ASSISTÊNCIA MUNICIPAL, Asylo São Francisco de Assis, 1929).

Apesar das diferenças entre as faixas etárias e das condições em que as pessoas se encontravam, não havia uma distinção clara entre as necessidades de cuidado e de tratamento específico que deveria ser oferecido, todos recebiam o mesmo atendimento. Nessa direção, o Asilo da Mendicidade tinha como função abrigar pobres, doentes mentais, crianças abandonadas, desempregados e idosos (Groisman, 1999a).

3.5.2. As Instituições de atendimento aos idosos no Brasil República

No fim do Século XIX, em 1890, foi inaugurada a primeira instituição específica de abrigo para idosos, localizada na cidade do Rio de Janeiro, denominada de Fundação do Asilo São Luiz para Velhice Desamparada, a partir desta se dá o surgimento da visibilidade à velhice. A instituição era um mundo à parte e ingressar nela significava romper laços com a família e a sociedade, e por consequente viver isoladamente da sociedade (Araújo; Sousa; Faro, 2003). Para Christophe e Camarano (2010), esta instituição trabalhava para que os idosos fossem identificados como uma população com características específicas, procurando torná-la visível e fazer dela um alvo das preocupações sociais. Tinha como objetivo atender velhos pobres, dentro da ótica filantrópico-assistencialista do século XIX.

Sobre esta instituição, Groisman (1999b) fez um estudo sistemático a partir das publicações de jornais da época, sinalizando o início do seu funcionamento e revelou dados importantes sobre como a velhice era vista dentro dos asilos no passado e no presente. O autor corrobora que a instituição foi fundada por um homem de negócios da sociedade carioca, o Visconde Ferreira de Almeida, e logo começou a receber subsídios públicos para administrá-la e cuidar dos idosos. Além disso, contava ainda com o apoio das freiras Franciscanas, estas trabalhavam por caridade na instituição. As mesmas, realizavam todo o trabalho operacional, desde a cozinha, limpeza e cuidados.

A procura dos idosos foi tanta, que em três décadas ampliou enormemente sua capacidade, inicialmente de 45 leitos, em 1892, para 260 leitos, em 1925. Logo, passou a receber subvenções públicas e a contar com o apoio de uma ordem da Igreja que cedia irmãs para cuidarem dos asilados. A partir de 1909, passou a manter uma ala que se destinava àqueles que podiam pagar uma mensalidade. Hoje, em pleno Século XXI, ainda em funcionamento, é considerado como uma das instituições para idosos que atende uma clientela que possui alta renda.

Com a economia cafeeira crescente, a partir dos anos 1870, a cidade de São Paulo começou a acolher imigrantes do Brasil e da Europa, principalmente italianos, em consequência disso, houve um aumento populacional e econômico. A partir dessa conjuntura, pode-se afirmar que as perspectivas de uma sociedade do trabalho e uma nova escala no processo de urbanização paulista estiveram intimamente vinculadas, ocasionando a transformação estrutural da cidade e concomitantemente o aumento da população excluída, sem empregos, inválidos, crianças abandonadas e velhos desabrigados (Silva, 2010).

Nesse contexto, a população marginalizada da sociedade, sob a ótica filantrópica assistencialista e da medicina social, deveria ser afastada e segregada. Dessa forma, os idosos eram abrigados em asilos de mendicidade, junto com outros pobres, doentes mentais, crianças abandonadas, desempregados, distantes dos laços familiares. Em função dessa situação, no final do Século XIX, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo dava assistência a uma parcela significativa de mendigos e conforme o aumento de internações de idosos, em 1964, passou a se definir como instituição gerontológica (Pollo; Assis, 2008).

Morais (2022), em uma pesquisa histórica revelou que, em 1857, na cidade do Recife, foi criado o Asilo de Mendicidade, sendo estruturado para servir como dispositivo de controle e de sujeição dos indivíduos. Direcionados aos mendigos da cidade, essa instituição,

concentrava-os em um único espaço, submetidos à vigilância da equipe dirigente que, através de regulamentos, procuravam impor a disciplina por meio do trabalho. A maioria dessas pessoas internadas, eram sujeitos velhos e homens, alguns entregues à própria sorte, tais como: os escravizados enfermos e velhos, abandonados por seus senhores; os voluntários da pátria, sobreviventes da Guerra do Paraguai (1865-1870) e mutilados sob diversos aspectos pelos efeitos do conflito; alienados abandonados por suas famílias ou seus pares; embriagados, entre outros.

O final do Século XIX, marca o início de uma nova era para a velhice, conforme salienta Groisman (1999a, p.176),

Pensar a constituição de um novo tipo de prática – a institucionalização da velhice – é inevitavelmente esbarrar na questão de se identificar um movimento que separou uma determinada parcela da população – no nosso caso, os velhos – e lhes conferiu uma identidade própria, elegendo-a como alvo específico de uma prática assistencial. Nesse momento, a “velhice desamparada” emerge como uma categoria que classifica e separa determinados indivíduos do aglomerado de tipos que compõem a mendicância urbana, destinando-lhes um locus privilegiado de assistência: o asilo de velhos.

Nesse processo de transição, a velhice passa a compor uma categoria normatizada e definida e nessa direção, os asilos para idosos começam a ganhar espaço permanente nas capitais brasileiras, deixando de desempenhar um papel apenas de caridade, ajuda e amparo aos mais necessitados. Portanto, passa a se constituir uma fonte de arrecadação de renda e nas décadas seguintes um negócio lucrativo por meio da iniciativa privada.

4. CAPÍTULO 3: A VELHICE INSTITUCIONALIZADA

A partir do Século XX, as categorias sociais – crianças, adolescentes, idosos – ganharam a devida definição, isto é, instituições e espaços ordenados em função de cada tipo populacional: crianças em orfanatos, loucos em hospícios e velhos em asilos (Alcântara, 2003).

A preocupação da sociedade brasileira com o processo de envelhecimento se deve, sem dúvida, ao fato de as pessoas acima dos 60 anos corresponderem a uma parcela da população cada vez mais representativa, do ponto de vista quantitativo. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006), em meados de 1940 os idosos representavam 2,4% da população total, 60 anos após, ou seja, no final do Século XX, esse número passa para 4,8%.

Esse crescimento traz à tona a questão do envelhecimento como problemática social, o qual durante muito tempo era considerado como próprio da esfera privada e familiar. Em consequência, se transforma em uma questão pública, aparelhada pelo Estado e pelas organizações privadas. Ao mesmo tempo, na área da saúde, a gerontologia é criada e aperfeiçoada, contribuindo de forma significativa para a formação de profissionais especialistas em velhice. Como resultado, segundo Debert (1992) desse movimento social, uma nova categoria cultural é produzida: pessoas idosas, ao invés de velhos, caracterizadas como um conjunto autônomo e coerente que impõe um novo recorte à geografia social.

Conforme Novaes (2003), a partir da metade do Século XX, as instituições de atendimento ao idoso além de continuar com a mesma função caritativa, de ajuda e amparo aos mais necessitados, tornam-se uma fonte de arrecadação de renda, caracterizando um novo modelo de assistência social para este segmento. Neste novo modelo, os serviços prestados aos idosos nestas instituições passam a ser pagos, antes gratuitos.

Essa mudança configura-se um marco relacionado ao novo papel que a institucionalização para idosos passa a ter no que diz respeito ao tipo de clientela. Com o pagamento, não apenas os idosos carentes passam a ser atendidos por estas instituições, mas, também todos que necessitassem e que tivessem condições de pagar. Segundo Lima (2011), para a clientela que tem condições de pagar existe um atendimento diferenciado, inclusive, quartos particulares com mais conforto e segurança. Conforme Fabrício (2017), a partir desse contexto, os asilos caritativos são paulatinamente substituídos por instituições comerciais de cuidado de longa duração, nesse processo, a institucionalização do idoso transforma-se em negócio lucrativo.

Acompanhando esta lógica mercadológica lucrativa, as imagens negativas da velhice como uma idade incapacitante, improdutiva, de doenças e de dependência, é substituída por uma imagem positiva, na qual, os idosos devem cuidar do corpo e da saúde, para isto, devem investir em lazer, ampliação do circuito social e até mesmo o exercício da sexualidade, consequentemente com isso aproveitariam intensamente o processo de envelhecimento (Groisman, 1999b). Na tentativa de atrair e incrementar mais lucro, esta lógica, trouxe nomes e representações sociais positivas para velhice, a exemplos da “velhice ativa” e “Terceira Idade”, e de “velhos” para “idosos”.

Nessa direção, a partir da década de 1940, a preocupação com o bem-estar da pessoa idosa e com o envelhecimento saudável, passou a ser preocupação também dos teóricos,

principalmente da Escola de Chicago. Para estes teóricos, envelhecer bem significa estar satisfeito com o status atual da vida e ter planos para o futuro, afirmam Chachamovich, Trentini e Fleck (2011). A partir dessa percepção, na década de 60, a satisfação do idoso veio a ser a dimensão mais estudada na velhice. No Brasil, até os anos 80 a velhice era um assunto de pouca relevância para a sociedade, só a partir dos anos 90, com a divulgação desses estudos, abriu-se espaço para falar sobre o bem-estar da pessoa idosa. Em evidência:

[...] crescente número de especialistas e de serviços voltados para essa faixa etária. A terceira idade tornou-se uma espécie de moda, com a constituição de um mercado de consumo específico. Os geriatras e gerontólogos se multiplicaram em progressão geométrica. Deste modo, a idade se tornou institucionalizada, determinando a inclusão do indivíduo em novos papéis sociais (Groisman, 1999b, p. 68).

Com isso, a velhice, ganha espaço permanente na sociedade moderna, abre-se um leque de produtos e serviços para suprir essa necessidade, ofertados pelo capital. Veio à tona maiores interesses dos idosos com sua autoestima, saúde, relações sociais e qualidade de vida, gerando expectativas, regras e comportamentos. Essas mudanças devem-se à sociedade de consumo contemporânea que se vale do fenômeno envelhecimento para reintroduzir o idoso nessa sociedade. Nessa direção, as instituições destinadas para idosos passam a oferecer produtos e serviços integrados e de qualidade para quem pode pagar.

Nesse processo, a partir das últimas décadas do Século XX, o número de instituições destinadas ao asilamento de idosos no Brasil se expandiu, ao mesmo tempo em que foi sendo criada uma estrutura legal para regular suas atividades. Esse crescimento ocorreu ao mesmo tempo em que aumenta a expectativa de vida e diminuiu a disponibilidade de recursos financeiros e humanos no cuidado familiar gratuito. Apesar dos idosos serem cuidados, majoritariamente, pelas famílias percebe-se a não disponibilidade em sua totalidade de cuidados em casa para com os seus idosos. Trabalho este realizado pelas mulheres culturalmente “naturalizadas” como cuidadoras de idosos (Fabrício, 2017).

Aliado a essa nova dinâmica sobre o envelhecimento, instauraram-se no Brasil leis e normas institucionais que atendessem às demandas voltadas para a população idosa. Na década de 1970 com a instituição da Lei nº 6.119/74, o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, passou a apoiar os centros de convivência como lugares de socialização para idosos e estes começaram a se organizar em associações (Rodrigues, 2005).

Nessa perspectiva, Lima (2011) traz que, em função das inúmeras denúncias acerca das

deficiências e precarização das instituições de atendimento a idosos, em 1976 o Governo Federal elabora o primeiro documento contendo algumas diretrizes para uma política social voltada para a população idosa, editada pelo Ministério da Previdência Social - MPAS. O referido documento foi fundamentado nos resultados obtidos em três seminários regionais realizados em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza e um nacional que objetivou identificar as condições de vida dos idosos no país e das instituições de apoio assistencial para atender suas demandas e necessidades.

Na década de 80, a Constituição Federal (1988) definiu um novo marco jurídico para o sistema de proteção social brasileiro. Os direitos e garantias fundamentais, concomitantemente com os direitos civis e políticos, passam a ser a bandeira do Estado Democrático de Direito. Esse período foi marcado pela ampliação dos direitos sociais, a universalização do acesso, a expansão da cobertura, o afrouxamento do vínculo contributivo e a concepção de seguridade social como uma forma ampla de proteção social.

Para Pasinato e Kornis (2010), o avanço em políticas de proteção social aos idosos brasileiros advindo na constituinte levou em consideração algumas orientações baseadas no Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, advindo da Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Viena no ano de 1982. Se introduziu o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social deixasse de estar vinculada apenas ao contexto estritamente social-trabalhista e assistencialista e passasse a adquirir uma conotação de direito de cidadania.

A partir dessa nova configuração institucional, os anos 90 trouxeram impactos positivos à população em geral e, em particular, à pessoa idosa. Este segmento foi especialmente beneficiado por políticas de acesso a uma renda mínima, tanto às aposentadorias e pensões por morte (benefícios contributivos), quanto aos benefícios de assistência social aos idosos carentes (não contributivos). Segundo estudos (Born, 2006; Christophe, 2009; Lima, 2011), o caráter social e assistencial da Constituição Federal de 1988 abriu caminho para a efetivação de avanços na assistência social do idoso, em termos de leis e políticas no âmbito nacional, estadual e municipal.

Legislação familista

Ao longo da década de 1990, novos marcos legais instituídos, a exemplo da Lei

Orgânica de Assistência Social (Loas), em 1993, da Política Nacional do Idoso (PNI), em 1994. Mas, em contrapartida essas leis não se aplicam efetivamente nas políticas de cuidado para com a pessoa idosa.

Camarano (2010, p. 67) revela que,

[...] não se avançou na normatização de uma política de cuidados de longa duração para idosos no Brasil. A Constituição de 1988, apesar de afirmar que o amparo ao idoso é dever da família, da sociedade e do Estado, deixa claro que os programas de cuidado devem ser realizados “preferencialmente nos seus lares”, reforçando a atribuição do cuidado com o idoso dependente à família. Nas legislações posteriores, essa orientação é mantida.

Na verdade, a legislação brasileira integra a pessoa idosa em seus lares, sendo o papel do Estado falho em cumprir a legislação de conceder ao idoso moradias e cuidados dignos. O direito à proteção aos idosos, posto no Art. 230 da Constituição Cidadã de 1988, diz 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 e garantindo-lhes o direito à vida”. A mesma norma legal diz que é preferível que os programas de amparo aos idosos sejam executados em seus lares pelas famílias, em detrimento da institucionalização, alinhado a outras legislações – Estatuto do idoso e Política Nacional de Saúde do Idoso.

A família foi sempre a principal provedora das relações do cuidado na sociedade brasileira, embora no Brasil Colônia já existissem instituições caritativas e assistencialistas, denominadas de asilos. A partir dessa herança, as políticas sociais brasileiras possuem um caráter familista, sendo a família responsável pela proteção social e de cuidados aos idosos. Corroborando Mioto (2009, p. 133). “[...] na formação capitalista sob a égide do liberalismo, a família se conforma como o espaço privado por excelência e, como espaço privado, deve responder pela proteção social de seus membros”. Pereira (2009) enfatiza que a participação da família na proteção social sempre foi tensionada por princípios altruístas e voluntaristas, cujo cenário oferecia contornos ainda mais restritivos à concepção de seguridade social

A Política Nacional de Cuidados (LEI Nº 15.069) instituída em 2024, prevê o direito ao cuidado integrada pelo Estado e pelas famílias para quem precisa, independentemente da idade. Esta política não menciona o cuidado em abrigamentos e nem em ILPI providos pelo Estado, ao contrário, ela inclui a família para essa tarefa nos seus lares.

Silva e Benito (2018) enfatizam ser muito comum, as relações intergeracionais entre idosos e suas famílias que vivem no mesmo ambiente serem caracterizadas por um

relacionamento conturbado, com a presença de brigas e de desentendimentos, ocasionados por diferentes fatores, efetivamente por conta da dependência de cuidados que o idoso costuma apresentar e por questão financeira. Esta, pode desencadear violência financeira contra a pessoa idosa, definida no Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), envolvendo a apropriação ou desvio indevido de bens, proventos, pensões ou qualquer outro rendimento do idoso. Este ato é considerado crime, com pena de reclusão de 1 a 4 anos e multa.

Em uma pesquisa com dados nacionais entre 2011 a 2018, o número de denúncia de violência contra idoso aumentou 312%, sem contabilizar os casos não notificados que excedem os notificados, afirma Silva e Benito (2018). Portanto, a família não significa o lugar mais seguro para o idoso viver e, na contramão, o Estado responsabiliza a família para os cuidados do idoso, especialmente, dependente.

Os cuidados para a população idosa, são realizados, majoritariamente, pelas mulheres, tanto no ambiente doméstico quanto nas instituições. Um estudo realizado na cidade e região metropolitana do Recife evidenciou que a maioria (82,5%) dos profissionais das Instituições de Longa Permanência para Idosos são do sexo feminino (Araújo, Saraiva, Barbosa Filho, 2021). As relações desiguais de gênero, se manifestam de forma central na atividade do cuidado. O papel que as mulheres desempenham se manifesta de forma quantitativa e qualitativa no cuidado para com as pessoas idosas. O primeiro, pela inserção maciça do sexo feminino no mercado de trabalho, e no segundo pelo seu trabalho na reprodução da vida (Hirata, 2010).

Na perspectiva de Paradis (2019, p. 323) “a divisão sexual do trabalho produziu, historicamente, uma naturalização da responsabilização das mulheres pelas tarefas domésticas e cuidados, tornando-as invisíveis e desvalorizadas”. Nesse contexto, Hirata (2010) afirma em seu estudo, que apesar das diferenças econômicas, tecnológicas e sociais entre o Brasil, França e Japão, a organização social do cuidado atribui um papel central às mulheres e à família nos três países estudados.

4.1.A inclusão dos cuidados institucionais para idosos no âmbito dos sistemas de proteção social

Teixeira (2008) sinaliza que a transformação do capitalismo concorrencial para o monopolista alterou substancialmente as funções do Estado. Isso se deve pela correlação de

forças do capitalismo em ascensão e das lutas do movimento operário, que se intensificaram por intermédio dos partidos das classes trabalhadoras. Além disso, a expansão progressiva do sufrágio, as configurações diversas dos parlamentos alteraram consideravelmente o papel do Estado que passou a atender não só às reivindicações do capital, mas também dos trabalhadores, especialmente as mais imediatas. Dessa forma, o Estado em busca de legitimação política é permeável às demandas das classes subalternas, pois a classe dominante não poderia mais centralizar as decisões sem pactuar com os trabalhadores.

Neste sentido, o intervencionismo estatal também era necessário para a burguesia, pois as crises sistemáticas de superprodução e subconsumo produziram a ineficiência do capital em retomar investimentos, demandando a atuação do Estado. Logo, o Estado é socialmente legitimado pelo capital e pelo trabalho na proteção social e na economia. A montagem da proteção social, administrada pelo Estado, é funcional aos interesses da acumulação e dominação capitalista, mas também serve às demandas sociais emergentes, em particular às pessoas idosas (Teixeira, 2008).

Para Boschetti e Behring (2011) a mobilização e a organização da classe trabalhadora foram determinantes para a mudança da natureza do Estado liberal no início do Século XX. Motivados pela luta da emancipação humana e socialização da riqueza, mas ainda sem o rompimento com o sistema capitalista, a generalização dos direitos políticos, antes restrito aos mandatários, resultou na ampliação dos direitos sociais ao tensionar o papel do Estado. Dessa forma, as políticas sociais, sob pressão da classe trabalhadora, passaram a fazer parte dos países de formas e intensidade diferentes, dependentes da correlação de forças entre o capital e trabalho. A partir disso, o Estado capitalista passa a assumir e a realizar ações sociais por meio de políticas públicas com caráter de obrigatoriedade, na perspectiva de direito.

Para as autoras Teixeira (2008) e Boschetti e Behring (2011), a formatação das políticas sociais são os desdobramentos da resposta de enfrentamento das expressões da questão social² no capitalismo. Nayara e Teixeira (2018) enfatizam que o envelhecimento da classe trabalhadora é uma expressão da questão social, pois a velhice é trágica para os trabalhadores, marcada pelas desigualdades sociais, políticas e econômicas. Ao envelhecer, a pessoa idosa é retrato da exploração percebida durante a vida laborativa, ao chegar na idade avançada doente e pobre, na maioria, especialmente nos países periféricos.

² A expressão Questão Social se refere às relações de exploração do capital sobre o trabalho.

Os sistemas de proteção social foram inseridos, inicialmente, em alguns países europeus para o enfrentamento da pobreza. Mattei (2019) sinaliza, com o objetivo de atender demandas sociais que cresciam com a expansão do sistema de produção capitalista. Tais sistemas constituíam formas do Estado em prover um conjunto de serviços públicos na intenção de melhorar a condição de vida das pessoas, com atuações e trajetórias complexas nos diferentes nos países.

Para explicitar, Mattei afirma (2019, p.58):

Historicamente, pode-se mencionar as iniciativas inglesas das *Poor Laws* e os seguros sociais alemães do tempo de Bismarck até o moderno Estado de Bem- Estar Europeu do pós-guerra que, de uma maneira geral, explicitam mais amplamente um conjunto de políticas públicas de proteção social. Isso significa a existência de diversas formas de construção e expansão de políticas, em sua maioria de cunhos sociais, e que pretendiam e buscavam ser universalizantes.

O Seguro Social obrigatório proposto por Bismarck na Alemanha, por volta de 1883, foi o primeiro a se estabelecer e conceder proteção aos trabalhadores, mas de caráter privado e só para quem trabalhava e contribuía. Especificamente, destinado a algumas categorias de trabalhadores, previa seguro na velhice, invalidez, acidente de trabalho e doenças. É considerado o primeiro sistema previdenciário, no qual os trabalhadores e empregadores contribuía em poupança compulsória, cujo financiamento tripartite. Os benefício eram organizados em instituições, geralmente denominadas caixas, administradas pelo Estado, com participação dos contribuintes, pois só tinham acesso aqueles que contribuía diretamente.

A garantia estatal de prestações de substituição de renda em perdas laborativas, sejam por desemprego, acidentes de trabalho, causa de doenças ou idade avançada tornando-se incapaz para o trabalho, não tinha caráter universal, nem configurava obrigação do Estado em proteger os trabalhadores (Mattei, 2019).

Após a crise do capital em 1929/1932, seguida dos efeitos da segunda guerra mundial, se firmou o desenvolvimento das políticas sociais nos países capitalistas da Europa ocidental e a centralização do Estado na sua regulação. Instituiu-se a ampliação de serviços e políticas sociais na intenção de criar demandas e mercado de consumo, na arena nas políticas Keynesianas de pleno emprego. Na verdade, o consenso pós-guerra permitiu o estabelecimento de aliança entre classes e assegurou diversas legislações sociais e a expansão do *Welfare State*. Nessa direção, o envelhecimento do trabalhador assume a condição de vulnerabilidade social, na qual a proteção é de responsabilidade pública e não apenas familiar (Teixeira, 2008).

A partir disso, as ações realizadas pelas políticas sociais, não atendiam apenas à extrema pobreza. Conforme Boschetti e Behring (2011), ocorre uma nova relação do Estado com a população que é tipificada: a) o Estado passa a incorporar a preocupação com as necessidades sociais dos trabalhadores; b) seguro sociais passam a ser legitimados como um conjunto de direitos e deveres; c) direitos sociais são elementos da cidadania; d) investimento público em políticas sociais, sendo os gastos em 3% do PIB no início do século XX nos países europeus.

Dessa forma, o desenvolvimento dos sistemas de seguridade social no mundo levou a uma melhoria significativa das condições de vida de uma parcela expressiva da população, especialmente da pessoa idosa. Portanto, a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Em cada país a seguridade social atua de forma específica relacionada aos cuidados para com as pessoas idosas, afirmam Pasinato e Kornis (2010). Cabe ressaltar, que cada país construiu seus próprios arranjos de proteção social em suas populações. Isso refletiu em melhores condições de vida, especialmente, na saúde, moradia e previdência (Wolf, Oliveira, 2016).

Na prática, o Estado assume um papel mais ativo no atendimento das necessidades individuais fundamentais. Pressupõe um processo de desmercantilização, isto é, de redução do grau de dependência dos indivíduos em relação ao mercado. Mas, sua atuação funciona de forma diferente e específica nos países, nos quais são dependentes diretamente das características econômicas e do grau de atuação do Estado e dos gastos nas políticas públicas para a população (Wolf, Oliveira, 2016).

Uma forma de compreender a atuação da seguridade social nos países europeus e na América do Norte, consiste na trilogia identificada e estudada por Esping-Andersen (1990). Este, formulou, reconhecidamente nos discursos acadêmicos, uma trilogia nos modelos de *Welfare State*, são: i) liberal; ii) conservador-corporativo; e iii) socialdemocrata. Estes arranjos são categorizados, em: i) anglo-saxão; ii) continental; e iii) escandinavo, respectivamente. Não obstante, o autor, não considerou apenas quanto dinheiro é gasto por esses arranjos, mas como é distribuído e que resultados ele produz.

Benevides (2011) ressalta que, nos sistemas de seguridade social nos países de capitalismo central, a provisão de cuidados nessas sociedades é alocada entre Estado, mercado e família, sendo a caracterização da menor ou maior participação desses atores como fundamental para se apropriar das categorias propostas por Esping-Andersen. É compreensível

que a tipologia construída por Esping-Andersen (1990), empiricamente, seja confrontada por situações diversas e contrárias, na medida em que Estados liberais, por exemplo, podem apresentar características conservadoras ou social-democratas e vice-versa. Isso porque não há uma diferenciação rígida ou bem definida, visto que a proposta do autor se baseia principalmente em um exercício teórico de comparação de modelos a partir de um índice de desmercantilização do bem-estar social.

Para Esping-Andersen (1990), o modelo *liberal* compreende os países anglo-saxões, por exemplo, os Estados Unidos da América (EUA), Irlanda e Reino Unido. Caracteriza-se pelo papel residual do Estado, e a centralidade do mercado, no qual converge o apoio a soluções de mercado, enquanto o gasto social é mínimo. Se restringem a assegurar políticas sociais residuais e em atender a grupos específicos, especialmente, aqueles que não são capazes de sobreviver por seus próprios meios.

Já no modelo *conservador-corporativo*, os indivíduos têm seus direitos sociais atendidos pelo Estado, a partir de sua ocupação econômica, principalmente com as contribuições previdenciárias em transferências. Esse modelo é apoiado pelos mecanismos de seguro Estado-providência, no qual o Estado é plenamente capaz de substituir o mercado, quando se é assegurado. Fora disso, os serviços sociais filantrópicos têm sua atuação significativa. Os países representativos desse modelo são basicamente, a Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Holanda, Luxemburgo, Itália, Espanha, Portugal.

O *socialdemocrata*, possui o maior grau de desmercantilização, baseado nos princípios universais. Neste sistema, todos os trabalhadores(as), por igual desfrutam dos mesmos direitos sociais, a estratificação social presente no mercado de trabalho não é transportada para o regime. Dessa forma, a equidade em padrões de bem-estar social é suficientemente elevada. O Estado é central e o mercado residual, compõem este modelo os países nórdicos como a Dinamarca, Finlândia, Noruega.

Um estudo realizado por Araújo, Saraiva e Filho (2021) identificou a relação da trilogia de Esping-Andersen com os cuidados de longa duração em instituições coletivas residenciais para com as pessoas idosas. Em se tratando do modelo liberal, os cuidados são alocados no mercado privado como principal provedor. O mercado, por sua vez, oferece serviços de boa qualidade e com ampla incorporação de tecnologia, mas, ao mesmo tempo, os custos destes são altos, sendo a preferência é que os idosos sejam cuidados pelas próprias famílias.

No modelo conservador, a família tem o papel principal nos cuidados e o bem-estar

social dos idosos. Nesta direção, cabe ao Estado o papel de auxiliar os cuidados desses idosos quando não conseguem contribuir para o sistema previdenciário e quando não têm o apoio da família. Os serviços da saúde ofertam apenas os cuidados preventivos e simples, excluindo os casos de dependência funcional. Para os idosos dependentes, os cuidados são prestados principalmente pela família, mas com a contratação de profissionais cuidadores (Araújo, Saraiva, Filho, 2021). Na ausência dos cuidados familiares, bem como quando as condições financeiras, físicas ou emocionais são insuficientes, os “demandantes de cuidados são assistidos por programas empreendidos pelas administrações públicas locais, sujeitos a testes de pobreza”. (Pasinato, Kornis, 2010, p. 54).

No modelo socialdemocrata se busca emancipar as famílias das atividades de cuidado e valoriza a autonomia dos idosos ao reconhecê-los como cidadãos que devem ser assistidos pelo Estado por meio de políticas sociais (Araújo, Saraiva, Filho, 2021). Portanto, além de promover a desmercantilização, busca-se, ao máximo, “desfamiliarizar” as responsabilidades sobre o bem-estar pessoal, por meio de serviços públicos abrangentes e de uma provisão privada de bem-estar apenas residual e fortemente regulada. A característica mais comum desse modelo é que ele foca na redução da dependência do indivíduo em relação ao mercado (Benevides, 2011).

Na Dinamarca, pioneira na universalização da proteção e assistência à pessoa idosa vulnerável, as políticas voltadas para os cuidados de longa duração para idosos são reconhecidas internacionalmente como referência. Nesse sentido, no que tange à relação Estado-idoso, cabe ao Estado realizar a busca ativa pela pessoa idosa em seus lares, e não o contrário. O sistema conta ainda com a realização das visitas domiciliares por profissionais qualificados, principalmente da área de enfermagem, que adotam cuidados comunitários com medidas que facilitam o atendimento dos idosos em seus próprios lares, em detrimento das instituições de moradia geriátrica. Neste sentido, oferece um conjunto de serviços e benefícios especialmente desenhados para satisfazer às necessidades específicas de cada idoso demandante de cuidados de longa duração (Benevides 2011; Pasinato; kornis 2010).

Nesta direção, a European Commission (2003) afirma que no modelo social-democrata as políticas direcionadas as pessoas idosas são de inteira responsabilidade do Estado, retirando da família a responsabilidade, mesmo que acessória, pelos cuidados de seus entes frágeis, contudo não tira da família o seu protagonismo, se desejar permanecer cuidando de seus entes frágeis, mas cujas despesas são de responsabilidade do Estado.

É visto que, o aumento do envelhecimento populacional chega no Século XXI como um

grande desafio para sociedade. Tanto a longevidade quanto o envelhecimento são fenômenos que começaram a ganhar relevância política, econômica e social. Em consequência desse contexto, a institucionalização de idosos vai ganhando espaço permanente na sociedade contemporânea, bem como, nas políticas públicas, sobretudo, nos países de capitalismo central, que passam a abordar aspectos importantes do processo de envelhecimento (Pollo; Assis 2008).

Além disso, a provisão gratuita dos cuidados familiares para seus idosos, especialmente, dependentes físicos ou cognitivos não é mais disponível, como antes, em sua totalidade. Tendo em vista, as novas configurações de arranjos familiares existentes, decorrente da entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho, declínio de natalidade e o aumento da expectativa de vida. Todas essas mudanças sociais fizeram o cuidado institucionalizado tornar-se uma modalidade de cuidado em grande expansão, nos países da Europa Ocidental (Born, 2017).

No Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988 o debate sobre direitos dos idosos ganhou espaço e força na sociedade civil, no meio acadêmico e no Estado. As lutas dos velhos e velhas reivindicando direitos, juntamente com o crescimento quantitativo de pessoas acima dos 60 anos de idade no país e, juntamente, pela influência do cenário mundial, no qual em alguns países europeus aos idosos já eram garantidos direitos. Portanto, há trajetórias determinantes na construção de leis, políticas, programas e portarias no Brasil (Camarano, 2010).

Marcos históricos e legais na garantia de direitos voltados para a população idosa foram instituídos a partir da Constituição Federal de 1988. Na década de 1990, instituiu-se Política Nacional do Idoso, Lei 8.842, de 1994. Já nos anos 2000, o Estatuto da Pessoa Idosa, Lei 10.741, de 2003. Esta peça legal compilou os direitos assegurados às pessoas idosas e segue como o marco norteador para todas as instâncias que envolvem a pessoa idosa. Em relação às ILPIs, a RDC 502 de 2021 é considerada o marco central para o funcionamento das ILPIs, possui parâmetros mínimos de organização, infraestrutura, recursos humanos que devem ser adotados.

5. CAPÍTULO 4: CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

A invisibilidade do idoso institucionalizado é histórica, marcada por isolamento e esquecimento do Estado brasileiro neoliberal e da sociedade civil. Viana (2022) alerta pela falta de dados nacionais das condições de atendimento das ILPIs e bem como o perfil funcional e as

doenças crônicas que afligem essa população. A insuficiência de dados, fundamentais para o planejamento intersetorial municipal, acarreta prejuízos nos planos de contingência, como ocorreu na pandemia da Covid-19, no qual 44,7% dos óbitos da população idosa seriam de pessoas institucionalizadas. Neste sentido, a lógica do Estado, em consonância com os modelos capitalistas neoliberais, insere-se em um modelo utilitário, por meio da exclusão e descarte de corpos considerados inaptos, improdutivos ou inadequados, submetidos, portanto, à morte física e simbólica (Teixeira; Freitas 2021).

Apesar da expansão gradativa das ILPIs, especialmente as de natureza jurídica privada, a institucionalização de idosos ainda não é uma prática comum no Brasil, visto que a origem dessas instituições está ainda muito ligada a imagens negativas, à figura dos asilos onde eram destinados apenas idosos miseráveis que necessitavam de abrigo e proteção, considerados como um depósito para morrer (Camarano; Kanso 2010; Born 2006). As ILPIs privadas, abrangem uma vasta gama de opções e preços, mas a maioria são instituições que atendem idosos pobres, por vezes, comprometendo toda a renda do idoso, conseqüentemente não oferecem recursos diversos para atender qualitativamente a sua clientela (Araújo, 2017).

Freitas et al. (2011) explicam que as ILPIs funcionam como um suporte social para pessoas em situação de abandono ou pobreza, desprovidas de cuidador familiar e de condições para o autocuidado, acometidos, na maioria das vezes, por comorbidades, tornando a institucionalização a modalidade mais próxima e concreta de cuidados. Para Creutzberg et al. (2007), raramente, essas instituições oferecem programas sistemáticos de promoção da saúde dirigidos a manter a capacidade funcional dos idosos.

Os serviços de saúde fornecidos pelas instituições são, em geral, centrados na cura e na reabilitação. Em relação aos serviços de saúde prestados, aproximadamente dois terços (66,1%) das instituições brasileiras recebem visitas médicas regulares e menos de 50% das instituições recebem visitas da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Camarano et al., 2010).

Segundo Yoshitome (2012), embora pareça utópico, é preciso pensar na qualidade do atendimento prestado pelas ILPIs. E pensar em qualidade, é, sobretudo, entender que esta depende do perfil dos profissionais que atuam nestas instituições. A busca pela qualidade resultará na qualificação das ações que visem o prolongamento da vida dos idosos de forma ativa, permanente e autônoma, bem como, a prevenção de perdas funcionais, a recuperação de incapacidades, bem-estar e a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Um estudo com idosos institucionalizados na cidade e na Região Metropolitana do Recife sobre a percepção dos idosos referente à alimentação da instituição em que residiam, aponta que 45% dos entrevistados não estavam satisfeitos com a alimentação servida. No tocante à diversidade e ao sabor, afirmam que as preparações sempre são as mesmas todos os dias, sem atender à preferência dos residentes. Além disso, os idosos não tinham a liberdade de se servir, eram obrigados a comer o prato que era oferecido. A autora enfatiza que as ILPIs pesquisadas não primam pelo bem-estar da pessoa idosa e suas preferências alimentares nunca são atendidas (Fabrício, 2017).

Na Política Nacional de Saúde do Idoso, recursos humanos capacitados para prestar serviços de atenção à saúde do idoso constitui uma das diretrizes. Dentre estes, os cuidadores estão entre os profissionais a serem capacitados e têm um importante papel em auxiliar os idosos nas adaptações físicas e emocionais necessárias para o autocuidado (Ribeiro et al., 2008, p. 1286).

Vários estudos têm revelado que as pessoas idosas que vivem em ILPIs têm poucas oportunidades para participar de atividades recreativas ou de lazer, contribuindo para seu isolamento social (Ribeiro, Schutz, 2007; Ferreira, 2009). Na realidade, o que se constata é a superposição de ações, entidades e órgãos, além de recursos humanos sem qualificação profissional e recursos financeiros limitados, oriundos da contribuição da população ou do Estado caracterizando ações pontuais, fragmentadas que acabam não atendendo às demandas dos usuários (Alencar et al., 2010).

Pesquisa realizada por Brum, Tocantins e Silva (2005) intitulada “O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso”, realizada no Rio de Janeiro, evidenciou que 65,24% dos candidatos que se dispunham a atuar como cuidadores domiciliares de idosos dependentes, a partir de anúncios de classificados de empregos, em três jornais de grande circulação no país, não possuíam qualquer tipo de capacitação profissional.

Estudo realizado por Ribeiro e colaboradores em 2008 em ILPIs localizadas em Belo Horizonte, constatou que a maioria dos profissionais cuidadores apresentam apenas 4 anos de estudo (58%). Além disso, o estudo traz que a escolaridade dos cuidadores de instituições filantrópicas apresenta menor tempo de estudo (60,2%), em comparação com os cuidadores de ILPIs privadas (20,5%). Os autores evidenciam ainda que os cuidadores com menor formação podem restringir a autonomia de idosos dependentes para as ABVD.

Diante dessas evidências, os autores recomendam sobre a importância da qualificação dos cuidadores para a qualidade de vida dos idosos. Salientam a importância de uma atuação intersetorial (Ministério da Saúde, da Previdência Social e outros) no sentido de promover e fiscalizar a aplicação das políticas públicas direcionadas à capacitação destes profissionais, com maior ênfase para as instituições filantrópicas. A falta de qualificação destes profissionais os leva muitas vezes a práticas equivocadas em função de estereótipos associados ao envelhecimento.

É importante ressaltar que as ILPIs públicas se encontram na política de assistência social e não na de saúde, embora seja sabido que a população residente nessas instituições é, em sua maioria, dependente de cuidados em saúde. Em contraponto, o baixo financiamento das ILPIs públicas repercute, direta e indiretamente, no cuidado prestado à população idosa institucionalizada, pois limita a contratação de recursos humanos em número suficiente, de profissionais com qualificação, a aquisição dos dispositivos para acessibilidade e a ampliação da capacidade instalada das ILPIs, enfatizam Guimarães et al. (2023).

Portanto, os problemas diversos atravessam as ILPIs do Brasil, independente da sua natureza jurídica, afetando as pessoas idosas que dependem de cuidados nas sociedades contemporâneas. As políticas sociais de cuidados, em contexto de austeridade fiscal neoliberal, colocam em xeque a capacidade do Estado em atender a uma demanda crescente da modalidade de cuidados em ILPIs (Miranda, Teixeira, 2025).

No Brasil, o direito ao cuidado integral à saúde do idoso é consolidado pela Lei n.º 8842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e pela Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Apesar de o Estatuto do Idoso, Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003, priorizar que esse idoso seja acolhido no seio da própria família, isto nem sempre é viável.

Rodrigues Machado (2011) destaca que as políticas existentes, voltadas à população idosa, existentes ainda não são suficientes para prestar assistência adequada aos idosos que não possuem auxílio da família ou recursos financeiros e necessitam de apoio, de modo que a institucionalização ainda é a principal alternativa. Diante da necessidade de garantir assistência aos idosos que, por algum motivo, necessitam sair de seus lares, ou que não possuem um, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) surgiram como alternativa de assistência, buscando garantir condições de bem-estar físico, emocional e social.

Camarano e Kanso (2010) apontam ainda que a origem das ILPIs está atrelada à noção

de asilo, que anteriormente atendia à população menos abastada e carente de abrigo. Em geral, o ambiente institucional é marcado por regras rígidas e rotina diária que pouco motivam o idoso a se comportar de modo autônomo e com perspectiva de alterações positivas em seu cotidiano. Além disso, para Bentes, Pedroso e Maciel (2012), se, por um lado, as ILPIs acolhem e dão assistência ao idoso, por outro, dificultam contato social externo, aumentando a probabilidade de um confinamento social.

5.1. Condições de atendimento das ILPIs da cidade do Recife.

Para seu pleno funcionamento, as ILPIs devem seguir os parâmetros da RDC 503/2021, bem como por outras legislações brasileiras (Estatuto da Pessoa Idosa, PNI, PNSPI) voltadas para a pessoa idosa. As fiscalizações dessas instituições podem ser realizadas pelos Conselhos da Pessoa Idosa, Ministério Público (MP), Vigilância Sanitária e outros previstos em lei, conforme o Estatuto da Pessoa Idosa no Art. 52. Para este estudo, escolhemos os dados do Ministério Público referente às inspeções das ILPIs por conter informações publicizadas de alguns estados nos sites do MP. Além disso, conhecer e ter aproximação com a prática profissional dos(as) assistentes sociais do MP de Pernambuco, que trabalham realizando essas inspeções nas ILPIs da cidade do Recife, foi definidor para essa escolha.

O Ministério Público atuante em todos os estados federativos, possui em cada estado uma promotoria voltada para assegurar os direitos das pessoas idosas, inclusive nas ILPIs. Estas são inspecionadas seguindo um Formulário de Fiscalização (FF) padrão, criado pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). Além disso, o CNMP exige que todas as ILPIs sejam inspecionadas pelo menos uma vez ao ano pelo MP.

A fiscalização, nos moldes definidos pelo MP, busca inspecionar os locais de acolhimento, identificar irregularidades e adotar medidas para adequação às normas legais, com a finalidade de prevenir e garantir proteção da pessoa idosa aos riscos no âmbito da saúde. Na medida que se verificam inadequações, são adotadas providências no sentido de que a instituição proceda às correções devidas, conforme a resolução nº154/2026 do CNMP. Para tanto, após as inspeções nas ILPIs de cada estado, os dados são transcritos para o CNMP e analisados pelo(a) promotor(a) responsável que expedirá as recomendações para que as ILPIs corrijam as irregularidades.

Em Recife, a responsabilidade pelas inspeções nas ILPIs é da Promotoria de Cidadania do Idoso do Ministério Público (PCIMPPE), que são realizadas por apenas dois assistentes sociais que fazem parte da equipe da PCIMPPE. Em 2024, foram inspecionadas apenas 26 ILPIs, sendo a quantidade de 30 instituições em Recife, ou seja 4 não foram inspecionadas. Dentre as 26 visitas, todas se encontravam com irregularidades.

Cabe ressaltar que as inspeções da PCIMPPE seguem o padrão do FF do CNMP. Os dados obtidos no FF são transcritos para a base de dados do CNMP e, concomitantemente, analisados pela promotor(a) responsável da PCIMPPE. Além disso, esses dados não são publicizados, sendo restrito o seu acesso. Mas, as recomendações, ou seja, o resultado da análise das inspeções, podem ser acessados. As recomendações se referem às irregularidades encontradas e a sua correção imediata, no intuito de saná-las. Essas recomendações, são encaminhadas para a Vigilância Sanitária Municipal do Recife, ao Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa no Recife (COMDIR) e ao Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa em Pernambuco (CEDPI/PE), para conhecimento.

Conforme o relatório do PCIMPPE de 2024, dentre as 26 recomendações, 25 eram direcionadas ao não cumprimento do *Contrato de Prestação de Serviços* com o idoso ou o seu responsável, curador. Isso é preocupante, pois em todas as ILPIs inspecionadas, apenas uma possui contrato com seus residentes. Essa peça legal deve especificar, conforme Art. 50 do Estatuto da Pessoa Idosa, o tipo de atendimento oferecido, as obrigações da entidade e as prestações decorrentes, incluindo os respectivos preços, se for o caso.

Além disso, mais especificamente: *Clareza e segurança jurídica*: garantir a definição dos serviços prestados, os valores a serem pagos, as condições de moradia, os direitos e deveres das partes; *Proteção da pessoa idosa*: com um contrato formalizado, assegura pelo menos em forma de lei o direito à assistência adequada e que os serviços contratados sejam prestados de acordo com o previsto; *Definição de responsabilidades*: estabelece as responsabilidades de cada parte, incluindo a forma de cobrança, as condições de rescisão, e a forma de atendimento em caso de emergências (Código de Proteção e Defesa do Consumidor, 2013).

O contrato deve incluir: Identificação das partes (ILPI e pessoa idosa/curador); Objeto do contrato (serviços prestados); Condições de moradia (quartos, banheiros, alimentação); Serviços de saúde (atendimento médico, enfermagem); Serviços de assistência social (atividades de lazer, terapia ocupacional); Forma e valor da mensalidade; Condições de rescisão do contrato; Direitos e deveres das partes; Disposições sobre visitas e contato com a família;

Forma de comunicação entre a instituição e a família da pessoa idosa; Cláusulas sobre mudança de condições de saúde ou capacidade da pessoa idosa e a Forma de tratamento e respeito à pessoa idosa (Código de Proteção e Defesa do Consumidor, 2013; RDC 502, 2021).

A falta de contrato de prestação de serviços em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) pode acarretar diversos problemas, incluindo a insegurança jurídica para a pessoa idosa e para a instituição, além de possíveis ações judiciais. É fundamental que as ILPIs estabeleçam um contrato claro e detalhado com cada idoso, definindo os direitos e deveres de ambas as partes. A falta desse dispositivo legal, significa que o idoso não tem o documento que estabeleça quais serviços são oferecidos pela ILPI que reside, bem como seus direitos e deveres na instituição.

Importante ressaltar, sempre que o idoso se encontre em condições de autonomia e capacidade para manifestar sua vontade, garantindo sua dignidade e liberdade na decisão de acolhimento e nos termos do contrato. Caso, a pessoa idosa não possuir capacidade para celebrar o contrato diretamente, devido a transtornos cognitivos ou outra condição que comprometa a compreensão das condições de acolhimento, a ILPI deve celebrar o contrato com o curador legalmente designado, conforme previsto no art. 35, §3º, do Estatuto da Pessoa Idosa. Essa medida visa resguardar os direitos e garantir a proteção integral da pessoa idosa, observando-se os critérios legais de representação.

Registre-se que, a maioria dos idosos institucionalizados no Brasil têm acima dos 80 anos de idade e quando se trata dos idosos residentes em ILPIs filantrópicas e públicas, a maioria, tem pouco ou nenhum ano de estudo e tem vínculos familiares rompidos, dadas as condições precárias de vida, em particular da saúde física e mental que os torna ainda mais vulneráveis. Portanto, situações que dificultam as pessoas idosas terem conhecimento do direito a um contrato de prestação de serviços junto a ILPI (Nóbrega, 2014).

Conforme o EPI no Art. 50, inciso XI, constitui uma obrigação da ILPI realizar o estudo social e pessoal de cada residente. Em termos gerais, este estudo se refere aos dados pessoais, o histórico do idoso, a causa da sua internação (ILPI pública), motivos que levaram o idoso a ser institucionalizado, o qual pode ser realizado com o próprio idoso ou o curador, caso o idoso não tenha condições cognitivas para responder.

Conhecer em profundidade o idoso e sua história é um requisito fundamental para a ILPI planejar e designar estratégias para um atendimento mais próximo, subjetivo e conclusivo das particularidades que envolvem a pessoa idosa, bem como suas preferências. O relatório da

PCIMPPE, identificou a ausência do *Estudo Psicossocial* dos residentes em uma ILPI, o que foi exigido pela promotoria, para sanar esta irregularidade.

Outro dado importante encontrado no relatório da PCIMPPE diz respeito à *insuficiência de profissionais* cuidadores e de enfermagem em 13 ILPIs, dentre as 26 inspecionadas. O quadro de profissionais com formação específica nas instituições é previsto tanto pelo EPI (2003) como pela RDC 502/2021. Esta, prevê que as ILPIs disponham de uma equipe multiprofissional formada por cuidadores, coordenação técnica, enfermagem, serviço de limpeza, lavanderia, cozinha e lazer, todos com vínculo formal de trabalho.

No Art. 11 da RDC 503/ 2021, a coordenação técnica, ou seja, o gestor da ILPI deve possuir formação de nível superior. Mas, no estudo de Fabrício (2015), apenas 30,70% dos gestores de ILPIs da cidade e RMR do Recife pesquisadas possuem ensino Superior Completo, enquanto 38,40% tenham realizado somente o Ensino Médio Completo, contrariando o que a lei determina.

Para a função de cuidador, a RDC 502/2021 determina que esses profissionais capacitados auxiliem o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades da vida diária e garantam um cuidado integral. A quantidade de cuidadores é determinada pelo grau de dependência que o idoso apresenta, a seguir: a) grau de dependência I: 1 (um) cuidador para cada 20 (vinte) idosos; b) grau de dependência II: 1 (um) cuidador para cada 10 (dez) idosos; c) grau de dependência III:1 (um) cuidador para cada 6 (seis) idosos.

Em pesquisa nacional que avaliou as desigualdades regionais das ILPIs públicas e filantrópicas identificou que a maioria das instituições tinham cuidadores insuficientes, quantidade inferior ao previsto pela RDC 502/21. Além disso, a precarização do trabalho, a rotatividade e os baixos salários desses profissionais são uma realidade, tornando o cuidado, muitas vezes, negligenciado (Guimarães et al., 2022).

Em relação ao trabalho, a lógica de acumulação flexível do ideário neoliberal tem como consequência a informalidade e a precarização da classe trabalhadora (Antunes, 2014). Isso se manifesta na flexibilidade em termos contratuais, da jornada de trabalho, de espaço e de estatutos do trabalho (trabalho a tempo parcial, trabalho no domicílio, trabalho independente, trabalho temporário, teletrabalho, entre outros) (Kovács, 2003).

No cuidado para com as pessoas idosas, a precariedade no trabalho é ainda mais pronunciada entre as cuidadoras domiciliares do que entre as que trabalham nas instituições.

Estas, tendem a ser mais fiscalizadas, consequentemente os vínculos empregatícios das cuidadoras são mais legalizados, em detrimento das que trabalham nos lares (Hirata, 2020).

Apesar da formalidade do vínculo empregatício dos profissionais cuidadores, os salários são baixos, em média um salário-mínimo. Um estudo realizado com profissionais de ILPI do Recife, constatou que a maioria dos cuidadores ganha até um salário-mínimo (Araújo, 2017). Outro estudo em uma ILPI no município de Imperatriz, a renda da metade (50%) dos cuidadores é até um salário-mínimo, o restante complementava o salário com outras atividades fora da instituição (Maia et.al, 2028).

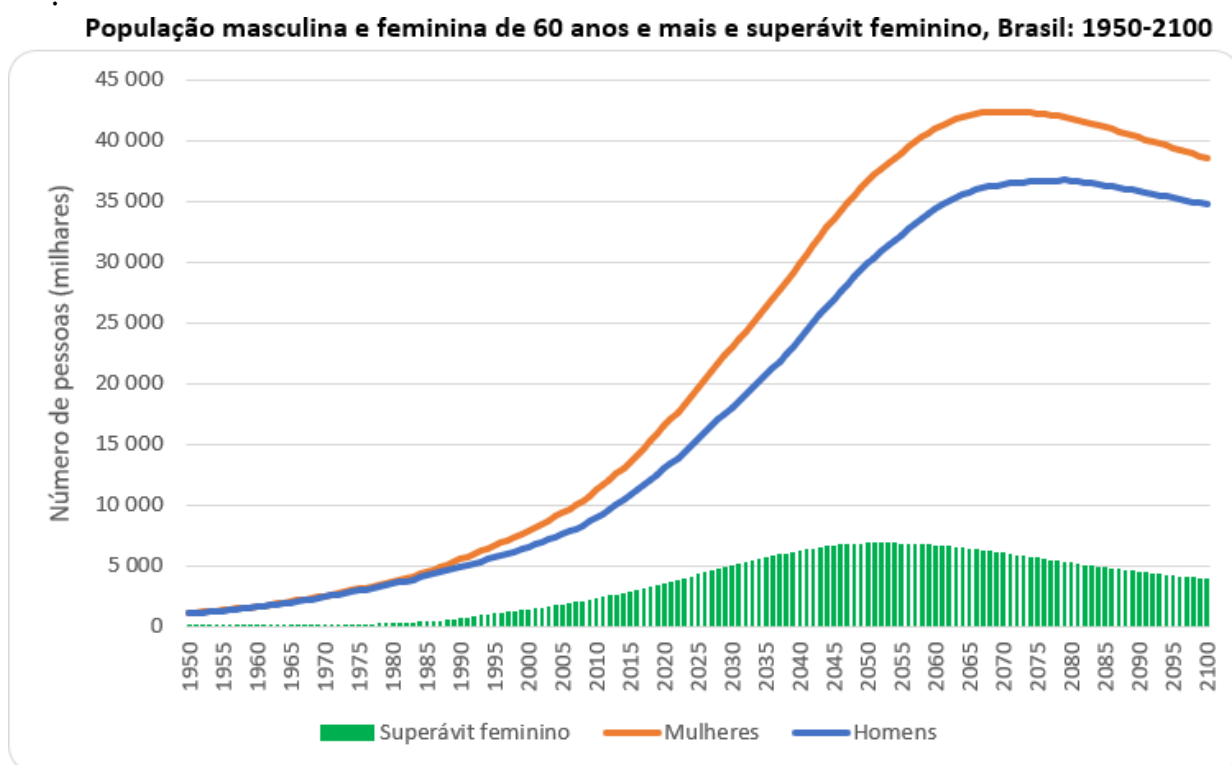
Outro aspecto marcante e histórico é a feminilização do trabalho de cuidadora nas ILPIs. Estudos mostram (Araújo, 2017; Fabrício, 2017; Camarano, 2020), que a responsabilidade do cuidado nas ILPIs é das mulheres, majoritariamente. De acordo com os resultados encontrados por Bestetti e Chiarelli (2012), no estado do Paraná, a participação da mulher em ILPIs como trabalhadoras, prevalece. Sendo flagrante 94% de trabalhadoras contra 6% de participação de homens. Além disso, as autoras chamam atenção em estudos realizados sobre as práticas gerenciais em ILPIs que as mulheres, na época da pesquisa, ocupavam todos os cargos, não apenas as funções administrativas, mas, também de nível operacional. Em outro estudo análogo, Fabrício (2015) traz o perfil de gestores de ILPIs em Recife e RMR no Estado de Pernambuco, nas quais, dos 13 gestores pesquisados, 92,30% são do sexo feminino.

6. CAPÍTULO 5: FEMINILIZAÇÃO DA VELHICE

Vive-se hoje a feminilização da velhice e as projeções indicam um acentuado superávit de mulheres idosas em relação a homens idosos, no Brasil e no mundo. A população idosa no Brasil representa cerca de, aproximadamente, 15% da população total com o número de 32 milhões. Desse total, 17.887.737 (55,7%) são mulheres e 14.225.753 (44,3%) homens, a diferença de 11,4% a mais de mulheres idosas, totaliza um superávit de 3,8 milhões (IBGE, 2022).

O Gráfico 6 abaixo, mostra as projeções até 2100 com predominância de mulheres idosas em todas as décadas e o superávit feminino.

Gráfico 6: Superávit feminino



Fonte: UN Population Division. World Population Prospects 2022 (divulgado 11/07/2022)

No Brasil, até 1940 o quantitativo de homens predominava em relação às mulheres, mas foi se modificando nas décadas seguintes. Sobre esse fenômeno, os autores Alves e Galiza (2022) enfatizam que, por décadas, o país recebeu um influxo de pessoas que eram majoritariamente do sexo masculino, desde pessoas escravizadas vindas da África até imigrantes vindos de países europeus. Estes, como uma estratégia do governo para "branquear a população" após a abolição da escravidão. O foco no fortalecimento da força de trabalho, fosse ela escravizada ou livre, foi um dos principais motivos para que até meados do Século XX, o pêndulo demográfico no Brasil pendesse numericamente para os homens, consequentemente esse resultado reflete também na velhice.

Uma das razões dos homens serem menos longevos se deve aos fatos de serem os mais atingidos pela violência urbana, especialmente em idade jovem. São a maioria vítimas de acidentes de trânsito e tendem a cuidar menos da saúde, sendo que, na América Latina em geral, o fenômeno é mais acentuado. Um exemplo disso é o fato que 90% das vítimas de homicídio e latrocínio no Brasil em 2021 foram do sexo masculino, de acordo com o mais recente Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2024). Homens também são a maioria das vítimas fatais dos acidentes de trânsito em todos os estados federativos. Um levantamento do Ministério da Saúde

(2024) revelou que só em 2024, 82% dos óbitos foram de homens, predominantemente, jovens: 68% (20 a 59 anos) e negros.

As principais causas de morte da população masculina são: lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas (acidente de trabalho), doenças do aparelho digestivo, circulatórias, infecciosas, parasitárias e respiratórias, alcoolismo, drogas e tabagismo. O sexo masculino possui os piores índices de morbimortalidade e, ainda assim, não tem o hábito de procurar os serviços de saúde de forma preventiva, segundo o Boletim Epidemiológico de Doenças Não Transmissíveis (2022). Como resultado dessa conjuntura de fatores, os homens brasileiros passaram a viver, em média, 7,1 anos a menos do que as mulheres (IBGE, 2022).

Um outro motivo das mulheres viverem mais está relacionado ao aspecto biológico, mais especificamente na atuação do hormônio estrógeno na longevidade. Este hormônio é responsável pela eficácia do sistema imunológico, ou seja, capaz dar respostas melhores no enfrentamento de infecções nas mulheres. Geneticamente, pesquisas apontam **que** o conjunto de cromossomos sexuais femininos XX (que, junto com outros cromossomos, carregam nosso DNA) pode influenciar a longevidade, ao contrário dos cromossomos masculino XY (Forum, 2025).

Além disso, fatores ambientais e comportamentais estão relacionados diretamente à longevidade feminina em relação aos homens. As mulheres tendem a fumar e beber menos e são mais propensas a socializar, o que as protege dos efeitos negativos do isolamento social e da solidão (Hirata, 2020). Os homens também foram os mais impactados pela pandemia de covid-19, que reduziu em quase dois anos a expectativa de vida média dos brasileiros. Segundo um estudo da Faculdade de Saúde Pública da Universidade Harvard, nos EUA, coordenado pela demógrafa Márcia Castro, a pandemia ampliou em cerca de 9,1% a diferença na expectativa de vida entre homens e mulheres. Com isso, homens estão vivendo cerca de 1,57 ano menos e mulheres, 0,9, por conta da pandemia (Alves, Galiza, 2022).

Mas, apesar de viverem mais, as idosas são mais doentes, expostas a doenças limitantes. São elas que apresentam altas taxas de dependência e declínio da capacidade funcional, o que as leva a maior fragilidade, perda da autonomia e acaba impedindo-as de realizarem suas atividades cotidianas (Paz; Santos; Eidt 2006). O estudo corrobora dados da OMS, que afirmam que, embora as mulheres tenham uma esperança de vida maior que a dos homens, a proporção de anos vividos com doença também é maior (Chaimowicz, 2006). Atrelado a isso, as mulheres no enfrentamento do processo de envelhecimento, têm menos recursos sociais e econômicos

que os homens (Federici, 2015).

Renda

Conforme o Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (Raseam, 2025), a renda das famílias brasileiras, em torno de 74,2%, é provida pelo trabalho remunerado, o que mostra a relevância do trabalho na renda das famílias. Para as mulheres, o acesso ao mercado de trabalho, sobretudo o formal, é bastante desigual em relação aos homens. Além disso, as mulheres tendem a ter remuneração menor, mesmo exercendo as mesmas atividades que os homens. Esta condição tem efeito negativo no processo de envelhecimento das mulheres brasileiras. Haja vista que na velhice, as mulheres obtêm sustento das principais fontes: trabalho remunerado (formal e informal), aposentadoria, pensão, Benefício de Prestação Continuada (BPC) e Bolsa Família. Embora ainda de modo desigual, o alargamento da obtenção desses rendimentos por parte das mulheres resulta em um envelhecimento melhor amparado em comparação aos rendimentos do mesmo grupo etário há algumas décadas, em particular antes da Constituição Federal de 1988.

Quando se fala em idosas pobres, o trabalho informal é o mais recorrente submetendo-as a baixos salários e exploração do seu serviço. Além disso, elas perdem muito em autonomia, pois numa sociedade em que impera a jovialidade em detrimento da velhice, o valor é pautado pela produção que está diretamente relacionada ao trabalho e suas relações sociais, enfatizam Lima e Bueno (2009). Dados os devidos recortes de classe/renda, observa-se que a maioria das mulheres idosas exerce as funções de empregadas domésticas, diaristas e cuidadoras como a sua principal atividade cotidiana informal. Considerando uma maior mortalidade masculina, observa-se que o estado conjugal da maioria das mulheres idosas é a viuvez (Doimo et al., 2008).

Um aspecto importante, trazido por Camarano (2022), constitui a presença de pessoas idosas no mercado de trabalho brasileiro, que se apresenta de modo desigual em relação ao contexto internacional e é também demarcado por distinções quanto à escolaridade e gênero. Mesmo dentre os idosos aposentados, é expressivo o número dos que retornam e/ou se mantêm no mercado de trabalho, por vezes informalmente. Essa situação poderá significar uma inadequação de garantias trabalhistas (Fonseca, 2020).

Para Silva (2021), o trabalho do cuidado exercido pela mulheres idosas, dificulta sua

inserção no mercado de trabalho formal. A jornada exaustiva de trabalho, impede as idosas, em particular as mais jovens, com idade entre 60 e 70 anos, de realizar cursos profissionalizantes e universitários que possam contribuir para obter ocupações profissionais com melhores remunerações.

Portanto, as mulheres idosas são as mais vulneráveis em sua dupla posição, a de cuidadora e a de pessoa que precisa de cuidados. Essa maior vulnerabilidade corresponde a sua posição desigual ao longo da vida e à exploração do seu trabalho, sendo as mais pobres as mais afetadas. Para Ferreira (2017), as mulheres idosas nas relações do cuidado são requisitadas para cuidar de filhos, filhas, netos, netas e de outros idosos. Constitui um trabalho continuum de cuidados entre mulheres de diferentes gerações, especialmente em condição de vulnerabilidade geracional ou de saúde.

Trabalho doméstico

A discussão sobre trabalho doméstico e suas relações sociais ganharam força no meio acadêmico em meados do Século XX, nas décadas de 1970 e 1980, nas obras de autoras feministas marxistas como Angela Davis (1981), Simone de Beauvoir (1970), Isabel Larguia (1975) entre outras. Estas contribuíram no entendimento do patriarcado e sua relação com o capitalismo, a respeito da divisão sexual do trabalho, da subordinação da mulher no papel de dona-de-casa, a responsabilização das tarefas domésticas e do cuidado estritamente à unidade privada familiar. Impulsionaram debates que levaram ao crescimento considerável de produções científicas, discussões acadêmicas e na mídia sobre o trabalho doméstico remunerado ou não (Quinto, 2022).

Para Bhattacharya (2019), a reprodução social está ancorada no trabalho não remunerado das mulheres na esfera doméstica, que reproduz a força de trabalho mediante as atividades que mantêm e regeneram o trabalhador que está no mercado de trabalho e os que estão fora dele. Portanto, o trabalho doméstico é tido como um serviço pessoal – não trabalho. No entanto, Federici (2015) sinaliza, que o trabalho doméstico e a família são os pilares da produção capitalista, mais especificamente, da divisão sexual do trabalho. Essa divisão produz hierarquias de gênero interseccionadas com raça e classe, restrições e desvantagens e a alocação desigual de recursos fundamentais, como tempo e renda.

Nessa direção, dados da Oxfam (2020) mostram que as mulheres, principalmente as

mais pobres e de grupos minoritários, dedicam 12,5 bilhões de horas todos os dias ao trabalho de cuidado, o que agrega pelo menos US\$ 10,8 trilhões à economia, cifra subestimada. O tempo que as mulheres dedicam aos afazeres domésticos é significativamente maior, independentemente se ela é chefe e responsável pela família ou não e se o companheiro (caso o tenha) é ocupado, desocupado ou inativo. Dessa forma, pelas determinações de classe, sexo e raça, é imperioso reconhecer que o cuidado é provido sobretudo pelas mulheres, de maneira gratuita, no interior das famílias, ou pelas trabalhadoras domésticas remuneradas (Ferreira, 2017).

No Brasil, na análise de Sousa e Guedes (2016), essas assimetrias podem ser observadas em todas as regiões brasileiras, com 90% das mulheres realizando afazeres domésticos e de cuidado, sendo que o Sul aparece como a região com maior participação masculina e o Nordeste com a menor. Independentemente da região, as mulheres gastam pelo menos doze horas a mais que os homens em atividades domésticas. Essas atividades executadas gratuitamente pelas mulheres, além de gerar mais lucro no sistema capitalista, são a base para a vida.

Estas atividades são tipificadas como o cuidado físico e emocional; em orientações, encargos e atribuições dos serviços sociais e de saúde; educação, sustentando uma força de trabalho saudável e produtiva; relação de responsabilidade sobre a vida e o bem-estar de outrem (Federici, 2019). No entanto, são invisíveis e não reconhecidas no cotidiano familiar e fora dele, enfatiza Kergoat (2016). Dessa forma, as relações de poder entre homens e mulheres tornam-se assimétricas, escondendo relações de subalternidade, opressão e exploração, enfatiza Quinto (2022).

Na análise de Ferreira (2017), o tempo de cuidado seja ele remunerado, precarizado, ou não constitui uma apropriação do tempo social das mulheres pelo Estado neoliberal periférico, o que abrange uma dimensão estrutural histórica, não apenas conjuntural. Portanto, os custos de reprodução da classe trabalhadora são assumidos pelos próprios trabalhadores, dada a precarização das políticas sociais que envolvem o cuidado, ampliando o tempo despendido das mulheres na manutenção do cotidiano das famílias.

A ação do Estado, nas economias periféricas, se erige considerando a disponibilidade deste tempo social improdutivo, crucial para a manutenção da esfera reprodutiva, e na sua apropriação sistemática e permanente. Esta estratégia não é um apanágio neoliberal: o neoliberalismo atualiza uma relação constituinte do Estado capitalista como um estado patriarcal, estruturado pela divisão sexual do trabalho (Ferreira, 2017, p. 56).

A autora acima conclui que, no entanto, sem a apropriação deste tempo das mulheres, o Estado monopolista periférico e, em particular, sob a hegemonia neoliberal, não se sustentaria. Este tempo, esta força de trabalho não remunerada, é a mão invisível do Estado nas economias de dependência.

As disparidades de gênero no trabalho doméstico têm efeito direto no cuidado para com as pessoas idosas, no qual o trabalho feminino como cuidadora é historicamente e culturalmente “naturalizado”. Esses cuidados, ao longo da história têm sido realizados pela mulher como principal provedora, tanto na unidade doméstica, quanto fora dela. Em decorrência das novas conjunturas sociais e econômicas, sobretudo, com a entrada massiva das mulheres no mercado de trabalho; a redução de números de filhos e de casamentos, aliado às estruturas físicas inadequadas e reduzidas dos domicílios, o cuidado com os idosos tem colocado os mesmos em risco social, físico e emocional, conforme salientam os estudos (Camarano e Kanso, 2009; Saraiva et al., 2011; Costa e Mercadante, 2013; Fabrício, 2014).

Diante dessas transformações sociais, o cuidado domiciliar não tem atendido às demandas de cuidados desse segmento populacional, principalmente do idoso dependente. Nessa direção, ganham espaços permanentes e crescentes as ILPIs, como alternativa viável e, muitas vezes, única para prover os cuidados com as pessoas idosas. Embora o cuidado familiar seja ainda preponderante, a demanda por modelos alternativos de cuidado para os idosos vem aumentando, consideravelmente, requerendo do Estado, da família e do mercado novas relações (Araújo, 2017).

Portanto, vive-se na atualidade uma crise do cuidado³ constante dentro da sociedade capitalista, pela desvalorização do trabalho reprodutivo e pela desvalorização da pessoa idosa, considerada “improdutiva”. Isto é, o cuidado é estigmatizado como um trabalho que absorve valor e não o gera. As novas configuração de trabalho do profissional cuidador convive com a permanência das velhas práticas nas relações de cuidado, ou seja, trabalho não remunerado, no interior das famílias (Quinto, 2022).

³ Crise do cuidado, significa déficit de pessoas disponíveis para exercer a função de cuidador(a) na contramão de maior demanda pelo cuidado, em especial para as pessoas idosas que apresentam dependências para a realização das atividades diárias (Paradis, 2019). Ou seja, há um aumento da demanda por cuidados, enquanto a capacidade da família para cuidar está cada vez mais reduzida.

6.1. Mulheres idosas nas ILPIs da cidade do Recife

Os dados indicam que 7,5 milhões de domicílios no Brasil contam com um único morador. Entre o grupo de idosos que moram sozinhos, 60% são mulheres com 60 anos ou mais. Ou seja, 57,5% das mulheres que moram sozinhas são idosas (IBGE, 2022). A porcentagem de domicílios em que vive apenas uma pessoa deu um salto significativo, passando de 12,20% em 2010 para 18,9% em 2022. Deste total, o maior grupo (28,7%) ainda é o de pessoas com 60 anos ou mais. São 5.664.602 brasileiros idosos vivendo sozinhos em todo o País. Apenas em São Paulo são 1.336.761 (IBGE, 2022). Para as pessoas idosas, na maioria, é preferível morar em suas próprias residências, o motivo principal da busca por morar em uma ILPI é a dependência que poderá limitar sua autonomia (Camarano, 2022).

Em relação à moradia, as mulheres idosas têm tendência de viverem sozinhas ou continuarem viúvas, com maior probabilidade de ficar em situação socioeconômica desvantajosa, já os homens, na maioria, se casam novamente. Neste contexto, muitas relatam solidão, mas outras consideram a viuvez como possibilidade de ter liberdade e autonomia. Mas, são elas que predominam em ILPIs privadas e filantrópicas, sendo 58% do total de residentes, exceto em ILPIs públicas. Nestas, o sexo masculino é majoritário, salvo na região Nordeste, no qual as mulheres são a maioria (SUAS 2022; Camarano 2020).

Este recorte de gênero, pode ser explicado pelo efeito da feminilização da velhice, ou seja, maior quantitativo de mulheres idosas, consequentemente são numericamente mais institucionalizadas. No estudo de Oliveira (2020), a explicação pela maioria dos residentes das ILPIs públicas serem homens idosos está relacionada à baixa escolaridade e renda; limite da rede de apoio; condições de saúde precárias acometidos pela síndrome de fragilidade (perda da massa muscular), HIV/ Aids e tuberculose. Atrelado a isso, serem em maior proporção dependentes químicos.

Em relação ao gênero, a partir do relatório da PCIMPPE, na cidade do Recife-PE existem 30 ILPIs, sendo 3 de natureza jurídica pública, 6 filantrópicas e 21 privadas (Tabela 5). O total de idosos institucionalizados é 821, até o momento da pesquisa, mas provavelmente esse número é maior.

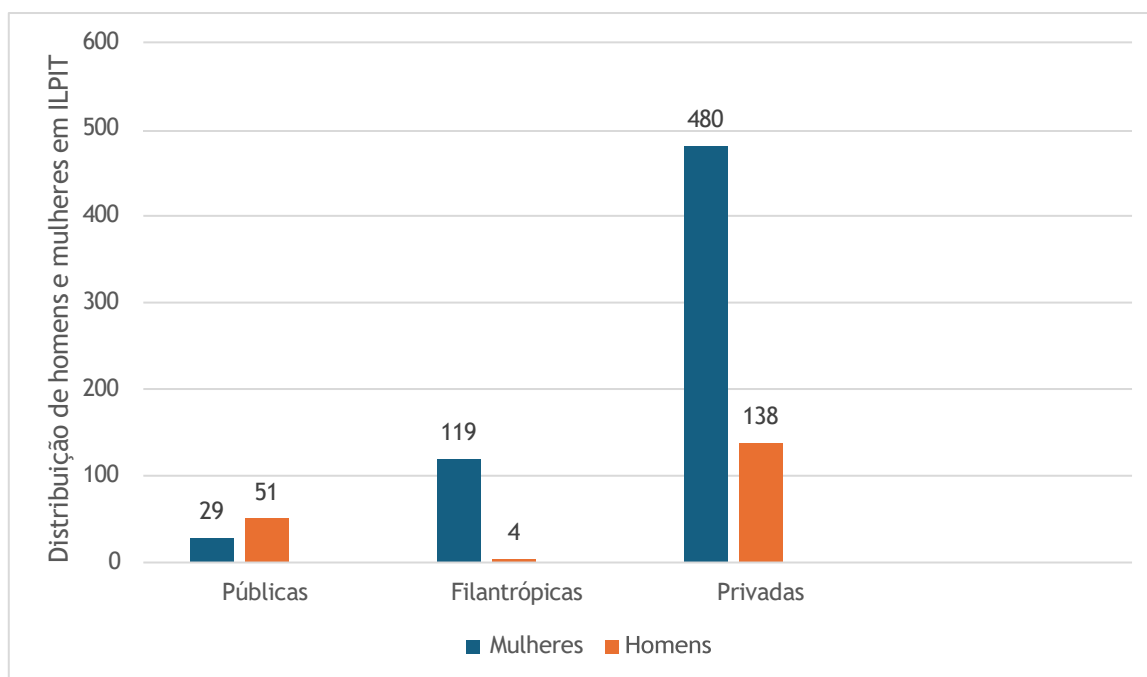
Tabela 6: ILPI do município do Recife.

Natureza	ILPI	Recebem ambos os sexos	Recebem só mulheres
Públicas	3	3	
Filantrópicas	6	1	5
Privadas	21	17	4
Total	30	21	9

Fonte: Dados do MPPE, elaboração própria.

Os dados desvelaram a quantidade superior de idosos residentes em ILPIs privadas, em detrimento das públicas (Gráfico 7).

Gráfico 7: Distribuição por sexo nas ILPIs da cidade do Recife.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do PCIMPPE.

Entre as filantrópicas, apenas uma recebe homens e mulheres, e a proporção é de 13% homens e 87% mulheres. Nas ILPIs públicas, todas recebem ambos os sexos, mas a predominância é do sexo masculino, mais especificamente Ieda Lucena (60% Masculino x 20% Feminino); Edusa Pereira (64% Masculino x 36% Feminino); Porto seguro (73% masculino x 26% feminino), a média de residentes são de 27 idosos por instituição. Nas ILPIs privadas, a

maioria recebe homens e mulheres (17) e apenas 4 só recebem mulheres. Mas, entre as que recebem ambos os sexos, a predominância é de mulheres idosas com proporção na média de 70%.

Portanto, observa-se a feminilização da velhice nas ILPIs na cidade do Recife, mas também presente em outros municípios. Um estudo em uma ILPI privada do Rio Grande do Sul, entre 50 residentes, 15 do sexo masculino e 35 do sexo feminino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a estimativa de crescimento dessa população, conforme mostram os estudos, a institucionalização tem sido uma alternativa recorrente, principalmente, por parte das famílias pobres e de classe média, tendo em vista evitar o abandono dos seus idosos. Estimativas indicam que o número de idosos brasileiros que deverão necessitar de cuidados prolongados poderá aumentar entre 61% e 77% no período entre 2010 a 2030, no qual homens e mulheres deverão passar 4,2 e 4,7 anos respectivamente demandando cuidados de longo prazo.

Nessa direção, observa-se que a institucionalização de idosos tende a crescer com o envelhecimento populacional, mas ainda existem grandes diferenças entre países, estados e regiões em todo o mundo. As distinções estão relacionadas com a cultura de cada povo, situação socioeconômica e demográfica, na qual as políticas públicas atuam de forma diferenciada. Contudo, não se pode deixar de ressaltar que a institucionalização do idoso é, portanto, uma demanda social que tem sido cada vez mais reivindicada pelas pessoas idosas e seus familiares que precisa ser reconhecida e atendida em função do aumento crescente dessa população no Brasil.

O que se constata é que apesar do avanço na legislação voltada à garantia dos direitos da pessoa idosa, materializada nos serviços e programas sociais, os estudos e os dados oficiais mostram serem insuficientes para atender às diversas demandas que essa população precisa. Na lógica capitalista neoliberal que visa sempre o lucro, os cuidados de longa duração para os idosos tornou-se um nicho lucrativo, por meio das ILPIs privadas, em detrimento das públicas. Estas, têm em quantidade menores de unidades e atendem também número inferior de idosos, reflexo do histórico baixo financiamento da Política de Assistência Social, no qual as ILPIs públicas sem encontram.

Portanto, conforme os estudos e os dados secundários, este estudo identificou a

inadequação das ILPIs, não apenas no que concerne à infraestrutura física, material e organizacional, sobretudo da falta de recursos humanos suficientes. Isso tem efeito negativo na qualidade do atendimento, contribuindo para o alto índice de idosos doentes e depressivos. O cuidado em ILPI tem exposto uma parcela significativa de idosos a um cotidiano apático, depressivo e insalubre e que não propicia por sua vez, a manutenção ou melhoria de sua qualidade de vida e consequentemente o bem-estar físico e social.

Em Recife, o relatório da Promotoria de Cidadania do Idoso do Ministério Público de Pernambuco, evidenciou irregularidades diversas nas ILPIs inspecionadas, referentes à ausência de Contrato de Prestação de Serviços das ILPIs com os idosos e de Estudo Psicossocial dos residentes. Além disso, é flagrante a insuficiência de profissionais cuidadores e de enfermagem nestas instituições. Conclui-se que parte dos direitos dos idosos nas ILPIs do Recife são violados, apesar do cumprimento com sua função social, o atendimento ao idoso e a garantia de seus direitos é contraditória e inadequada.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, Marisa. FRENTE NACIONAL DE FORTALECIMENTO DAS ILPIs. **Panorama das ILPI no Brasil. Novembro/2020**: Grupo de estudos, Pesquisas e Diagnóstico –Instituição de Longa Permanência para Idosos (GPED-ILPI). Universidade de São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 283, de 25 de setembro de 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html. Acessado em: 10 de janeiro de 2025

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 502, de 27 de maio de 202.

ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. 2003.171f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Campinas.

ALENCAR, Saraiva Lorena; SARAIVA, Joseana Maria; ALENCAR, Juliana Saraiva. **Cuidador de Idosos(as): Profissional fundamental na tarefa de proporcionar um envelhecimento saudável**. In: Congresso Brasileiro de Economia Doméstica, 2. Recife: CBED, p.50-56, 2011.

ALMEIDA, A. C. L.; AMARAL, C. O. **Ordem senhorial e crescimento feudal**. In: AMARAL, Clinio; BARROS, José D?Assunção; BERRIEL, Marcelo; CALDAS, Marcos; COSER, Miriam; LOBIANCO, Luís Eduardo; SANCOVSKY, Renata; SILVA, Rosana.. (Org.). Representações poder e práticas discursivas. Rio de Janeiro: Imprensa Universitária EDUR, v. 1, p:9-28, 2010.

ALMEIDA, Ana Carolina Lima; AMARAL, Clinio de Oliveira. **O “declínio” da antiguidade e a transição para o mundo medieval: um debate historiográfico**. Roda da Fortuna. Revista Eletrônica sobre Antiguidade e Medieval, v.2, n.1, p: 378-395, 2013.

ALVES, J. E. D. Apesar do Coronavírus as tendências do envelhecimento populacional vão continuar. Portal do envelhecimento. **Revista Longevidade**, São Paulo, Ano II, n. 7, Jul/Ago. 2020. Disponível em:< 17 <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/apesar-do-coronavirus-as-tendencias-do-envelhecimento-populacional-vao-continuar/>>. Acesso em: 02 de set. de 2024.

ALVES, José Eustáquio; GALIZA, Francisco. **DEMOGRAFIA E ECONOMIA: Nos 200 anos da Independência do Brasil e cenários para o século XXI**. Rio de Janeiro: ENS. 2022.

ARAÚJO, CLO et al. **Trajetória das Instituições de Longa permanência para Idosos no Brasil**. História de Enfermagem: Revista Eletrônica-HERE, v.7,n.2, p: 250-252, 2010.

ARAÚJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. **Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente**. História, Ciências, Saúde, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1261-1281, out./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n4/0104-5970-hcsm-S010459702014005000022.pdf>. Acesso em: 27 Acesso em: 8 set. 2024.

ARAÚJO, Luana Corrêa de. **Perfil dos(as) profissionais de ILPIs e seus reflexos no processo de produção, consumo e serviços de qualidade nessas instituições**. 2017. 121f. Monografia (Economia Doméstica) - Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife.

ARAÚJO, Luana Corrêa de; SARAIVA, Joseana Maria; BARBOSA FILHO, Evandro Alves. **Modelos de cuidados de longa duração para idosos em países capitalistas centrais** SER Social, v.49 | jul.-dez. 2021

ARAÚJO, Luana Corrêa de; SARAIVA, Joseana Maria; BARBOSA FILHO, Evandro Alves. **Perfil dos/das profissionais de Instituição de Longa Permanência para Idosos/as: competências para o cuidado e o bem-estar**. Mato Grosso, Pantanal, 2021, *E-BOOK*.

ARRUZZA, Cinzia; BHATTACHARYA, Tithi; FRASER, Nancy. **Feminismo para os 99%: um manifesto**. Trad. de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Natureza social das ILPIs**. 2024. Disponível, em: <https://sbgg.org.br/gga-leia-artigos-sobre-o-setor-de-cuidados-de-longa-duracao-e-ilpi/>. Acesso em: 09 jan. 2024.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. As relações com o mundo. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 2018.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BENEVIDES, Claudia do Valle. UM ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NO BRASIL? 2011.98f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal Fluminense.

BENTES, Ana Cláudia de Oliveira; PEDROSO, Janari da Silva; MACIEL, Carlos Alberto Batista. **O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica**. Aletheia, p: 38-39, maio/dez. 2012.

BESTETTI, Maria Luisa Trindade; CHIARELLI, Tássia Monique. **Planejamento criativo em Instituições de Longa Permanência para Idosos**: estudo de caso em foz do Iguaçu – PR. Perspectivas em Gestão & Conhecimento, João Pessoa, v. 2, n. 1, p. 36-51, 2012.

BORN, Tomiko. **Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha?** Considerações sobre a família, asilo, (im) previdência social e outras coisas mais. Revista Kairós, Gerontologia, v. 4, n. 2, p. 135-148, 2001.

BORN, Tomiko; Boechat, Norberto Seródio. **A qualidade dos cuidados ao idoso Institucionalizado**. In: FREITAS, Elizabete Viana de (org.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de Diretoria Colegiada-RDC Nº 502. Funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial.** Brasília. 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf. Acesso em: 08 set 2024.

BRASIL. Ministério das Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher** (Raseam, 2025). Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/observatorio-brasil-da-igualdade-de-genero/raseam>. Acesso em: 20 dez 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.** Brasília: MDS, 2014. Disponível em: [livro Tipificação Nacional - 20.05.14.indd](#). Acesso em 10 de out. 2024.

BRUM, Ana Karine Ramos; TOCANTINS, Florence Romijn; SILVA, Teresinha de Jesus do Espírito Santo da. **O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso.** Revista Latino-americano de Enfermagem, v.13, n.6, p.1019-1026, 2005.

Camarano AA. **Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres?** Ciência & Saúde Coletiva, v.25(Supl.2),p: 4169-4176, 2020.

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

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.. **As instituições de longa permanência para idosos no Brasil.** Revista Brasileira de Estudos de População, v. 27, n. 1, p. 232–235, jan. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-30982010000100014>. Acesso em 11 de out 2024.

CAMARANO, Ana Amélia; CHRISTOPHE, Micheline. **Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos** in: CAMARANO, A. A. (org.). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMARANO, Ana Amélia; PINHEIRO, Luana. **Famílias: espaços de cuidados e espaços a serem cuidados** in: Cuidar, verbo transitivo: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Rio de janeiro, v 1, 2023.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos; RODRIGUES, Roberto Nascimento; MACHADO, Carla Jorge. **Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho**. R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 217-230, jan./jun. 2011.

CAMPOS, Juarez Q.; SANTO, Antonio Carlos G.E.; MANTOVANI, Maria de Fátima F. **Introdução à Saúde Pública**. São Paulo: 1987.

CARDOSO, S. M. de M.; RODRIGUES, A. P.; DE BRUM, Z. P.; MACHADO, M. T. K.; SPERLING, S. G. **Escolaridade e Inclusão Digital de Idosos de uma Estratégia Saúde da Família de um Município do Rio Grande do Sul: Estudo Qualitativo**. Saúde (Santa Maria), v. 47, n. 1, 2021. DOI: 10.5902/2236583442756. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/42756>. Acesso em: 30 fev. 2025.

CARVALHO, José Alberto Magno de; GARCIA, Ricardo Alexandrino. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.725-733, maio 2003.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN. Pedro Alcino. **Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. **Qualidade de vida em idoso: conceituação e investigação**. In: NERI, Anita Liberalesso (org). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. 2. Ed. Campinas, São Paulo: Editora Alinea, 2011.

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

CHIZZOTTI, Antônio. **A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios**. Revista Portuguesa de Educação, vol. 16, n. 2, p: 221-236, 2003

CHRISTOPHE, Micheline. **Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração?** 2009. 178f. Dissertação (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais) - Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro.

COSTA, E. M. da . **Materialismo histórico-dialético como fundamento da psicologia histórico-cultural: método e metodologia de pesquisa**. Psicologia Escolar E Educacional, v. 21, n. 1, p:113–115, 2017.

COSTA, Maria Carla N. S.; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich. **O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso.** Revista Kairós Gerontologia, v.16, n. 2, p. 209-222, 2013.

CREUTZBERG, Marion et al. A Instituição de Longa Permanência para Idosos e o sistema de saúde. Revista Latino-americana Enfermagem, v. 15, n.6, p. 1-6, 2007.

DARDENGO, C. F. R.; MAFRA, S. C. T. **Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação?**. Revista De Ciências Humanas, v.18, n.2, 2019.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe.** São Paulo: Boitempo, 2016.

DEBERT, G. G. **A Reinvenção da Velhice.** São Paulo: Fapesp, 2004.

DEBERT, Guita Grin. **Família, Classe Social e Etnicidade: Um Balanço da Bibliografia sobre a Experiência de Envelhecimento.** Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, n. 33, p.33-49, 1992.

DIAS, M. P. B.; BARROS, R. de S.; LIMA MEDEIROS, G. V.; SAMPAIO, R. X.; GARCIA, P. A. **BAIXA ESCOLARIDADE, POLIFARMÁCIA E DECLÍNIO FUNCIONAL SÃO FATORES ASSOCIADOS À HOSPITALIZAÇÃO DE IDOSOS:** estudo transversal. Saúde Coletiva (Barueri), [S. l.], v. 13, n. 87, p: 13031–13044, 2023. Disponível em: <https://www.revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3081>. Acesso em: 30 maio. 2025.

ESPING-ANDERSEN, G. **As três economias políticas do welfare state.** Lua Nova, n. 24, p. 85-116, 1990.

ESTEVES, Alexandra. **Entre a caridade e a assistência: a criação e o funcionamento do hospital da caridade em Viana do Castelo (Séculos XVIII-XIX).** História: Questões & Debates, Curitiba, v. 65, n.1, p. 55-74, jan. 2017.

Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). Disponível em : <https://elsi.cpqrr.fiocruz.br/>. 2021.

FABRÍCIO, Tamires Carolina Marques. **Representações sociais de idosos/as usuários/as de ILPIS acerca dos fatores que afetam a qualidade do consumo coletivo de produtos e de serviços.** 2017.

133 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social) - Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife.

FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista**. São Paulo: Elefante, 2019.

FEDERICI, Silvia. **La reproducción de la fuerza de trabajo en la economía global y la inacabada revolución femenina**. In: FEDERICI, Silvia. *La inacabada revolución feminista: mujeres, reproducción social y lucha por la común*. Bogotá: Ediciones abajo, 2013, p. 23-46.

FERREIRA, Alida Rosaria Silva. **Perspectivas da oferta de cuidadores informais da população idosa, Brasil 2000-2015**. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

FERREIRA, Verônica Maria. **Apropriação do tempo de trabalho das mulheres nas políticas de saúde e reprodução social: uma análise de suas tendências**. 2017. 205f. Tese (Programa de Pós-Graduação de Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

FILIZZOLA, Mario. *A Velhice no Brasil*. Rio de Janeiro: Companhia brasileira de artes gráficas, 1972.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**.

GROISMAN, Daniel. **Asilos de velhos: passado e presente**. Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento. V. 2: p. 67-87, 1999. Estudo interdisciplinaridade envelhecimento, Porto Alegre, v.2, p.67-87, 1999b.

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

GUIMARÃES, Mirna Rodrigues Costa et al. **Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: um panorama das desigualdades regionais**. Ciência & Saúde Coletiva, v.28, n.7, p:2035-2050, 2023.

HADDAD, E. G. **A ideologia da Velhice**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2016.

HIRATA, H. Teorias e práticas do care: estado sucinto da arte, dados de pesquisa e pontos em debate. In: FARIA, Nalu; MORENO, Renata (Orgs.). *Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres*. São Paulo: Sempreviva Organização Feminista, 2010.

HIRATA, Helena. **Comparando relações de cuidado:** Brasil, França, Japão. ESTUDOS AVANÇADOS, v. 34, n. 98, 2020.

IBGE. **Censo Demográfico 2022.** População por idade e sexo em Pernambuco. Disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3102/cd_2022_populacao_idade_sexo_pe.pdf. Acesso em: 12 dez 2024.

IBGE: **População brasileira envelhece em ritmo acelerado.** 2008. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/13577-asi-ibge-populacao-brasileira-envelhece-em-ritmo-acelerado>. . Acesso em: 12 dez 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2024: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos.** Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 19 de set. 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Políticas sociais: acompanhamento e análise. Assistência social. Brasília: Ipea, 2021. Nota técnica n. 28.

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato; RAMOS, Luiz Roberto. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 21, n.3, p. 200-210, 1987.

KEIL, Ian John Ernest. Almshouses. 24 jan.2002. Disponível em: <<https://www.encyclopedia.com/history/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/almshouses>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

KELLER, S.B.A; PERUZZO, J.F. **Paradigmas da Gerontologia: quando o envelhecimento humano se transforma em objeto de conhecimento.** Revista Kairós - Gerontologia, v. 20, n. 3, p. 329-348, 2017.

KERGOAT, D. **O cuidado e a imbricação das relações sociais.** In: ABREU, Alice Rangel de Paiva; HIRATA, Helena; LOMBARDI, Maria Rosa. Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais. São Paulo: Boitempo, 2016.

LIMA, Claudia Regina Vieira. Políticas Públicas para Idosos: a realidade das instituições de longa permanência no Distrito Federal. Brasília – DF. Monografia (especialização). Curso em Legislação e

Políticas públicas / Câmara dos Deputados/Centro de Formação, Treinamento e aperfeiçoamento (CEFOP), 2011.

LIMA, Cláudia Regina Vieira. **Políticas públicas para idosos**: A realidade das instituições de longa permanência no Distrito Federal. 2011. 120f. Monografia (Curso de Especialização em Legislativo e Políticas Públicas) - Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento, Brasília.

MAIA, Juliana Moreira et al. **Perfil dos cuidadores de idosos de uma instituição de longa permanência de Imperatriz –MA**. Rev. Ciênc. Ext.v.14, n.2, p.43-54, 2018

MANDU, Janaina Alves Monteiro; AZEVEDO, Nilo Lima de. **Financiamento da política de assistência social**: breve análise do desmonte dessa política no período de 2016 a 2023. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v. 147,n. 2. 2024.

MARTINS, L. M. & Lavoura, T. N. **Materialismo histórico-dialético: contributos para a investigação em educação**. Educar em Revista, Curitiba, Brasil, v. 34, n.71, p. 223-239, 2018.

MARTINS, M. V. (2012). O marxismo não é um historicismo: acertos e limites de uma tese althusseriana. Crítica Marxista, (34), 67-85.

MASCARO, S.A. O que é velhice. São Paulo: Brasiliense, 1997. (Coleção Primeiros Passos).

MATTEI, Lauro Francisco. **Sistema de proteção social brasileiro enquanto instrumento de combate à pobreza**. Rev. Katálisis, v. 22, n. 01, Jan-Apr, 2019.

MAY, T. **Pesquisa social**: questões, métodos e processo. Porto Alegre, Artmed, 2004.

MICHEL, M.H. **Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MINAYO, M.C.S. (org) **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18a ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

MIOTO, R.C.T. **Política Social e Trabalho familiar: questões emergentes no debate contemporâneo**. Rev. Serv Soc. e Sociedade, São Paulo, n. 124, 2015.

MORAIS, Grasiela Florêncio de. **“Pelos sentimentos de caridade que vos anima” estabelecemos o Asilo de Mendicidade do Recife: controle e repressão aos mendigos (1840-1876).** 2022. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022.

MOTTA, Júlia. **Por que mulheres vivem mais que os homens se são alvo de diversas doenças?.** Disponível em: <https://revistaforum.com.br/saude/2023/8/24/por-que-mulheres-vivem-mais-que-os-homens-se-so-alvo-de-diversas-doenas-142909.html>. 2023. Acesso em: 02 fev 2025.

MUSTAFÁ, Maria Alexandra da Silva Monteiro. **Serviço social e gerontologia: a proteção da pessoa idosa em tempos de pandemia.** Recife: UFPE, 2020. *E-book*.

NICHOLLS, Looijesteijn H. Angela. **Asilos na Inglaterra Moderna. Moradias beneficentes na economia mista de bem-estar.** Revista Internacional de História Social, v.8,n. 278, p:1550-1725, 2017.

NÓBREGA, Isabelle Rayanne Alves Pimentel da . **Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife.** 2014. 98p. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

NOVAES, RHL **Os asilos de idosos no Estado do Rio de Janeiro – Repercussões da (não) integralidade no cuidado e na atenção à saúde dos idosos.** 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ.

OLIVEIRA WIF et al. **Equivalência semântica, conceitual e de itens do Observable Indicators of Nursing Home Care Quality Instrument.** Ciência & Saúde Coletiva, v.21, n.7,p:2243-2256, 2016.

OLIVEIRA, J. A. S. de; RAMOS, M. N. P. **Conflitos Intergeracionais na Família e Saúde Mental dos Idosos.** Revista Kairós-Gerontologia, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 213–231, 2021. DOI: 10.23925/2176-901X.2021v24i1p213-231. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/54117>. Acesso em: 30 maio. 2025.

OLIVEIRA, Janine Melo de. **Condições de vida e de saúde de pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência cadastradas no Sistema Único de Assistência Social brasileiro.** 2024. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024. doi:10.11606/T.6.2024.tde-06112024-115245. Acesso em: 2025-05-27

OLIVEIRA, T.F.S.; DONORIN, J.A.F. **O envelhecimento como expressão da questão social diante do capitalismo na dicotomia entre: ser produtivo x improdutivo**. VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2017.

OLIVEIRA, W.I.F.de; GAMA, Z.A. da S. **Qualidade do cuidado em instituições de longa permanência para idosos no Brasil**. Congresso Nacional de Envelhecimento Humano Disponível em:< <https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/24668>>. Acesso em: 15 de ago.de 2024.

PAES, C. E. S. **Planejamento governamental no novo-desenvolvimentismo democrático: auge e deterioração das capacidades estatais (2003-2016)**. Revista Política e Planejamento Regional, v. 4, n. 2, p. 331-368, jul./dez. 2017.

PAES-SOUSA, R.; RASELLA, D.; CAREPA-SOUSA, J. **Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, n. especial 3, v. 42, 2018.

PALMA, L. T. S.; SCHONS, C. R. (Org.). **Conversando com Nara Costa Rodrigues: sobre gerontologia social**. 2. ed. Passo Fundo: UPF, 2000.

PÂMELA, Karoline L; BARBOSA FILHO, Evandro Alves; VIEIRA, Ana Cristina de Souza. **Supercapitalização do SUS: a centralidade da Saúde Suplementar na contemporaneidade**. O Social em Questão, Ano XXVII, nº 60, Set / Dez, 2024.

PARADIS, Clarisse. **Os Desafios do Bem-estar na América Latina, as Políticas de Igualdade de Gênero e as Respostas Governamentais para a “Crise do Cuidado”**. Revista Sul-Americana de Ciência Política, v. 5, n. 2, p: 323-339.

PASINATO, Maria Tereza de M.; KORNIS, George E. M. A inserção dos cuidados de longa duração para idosos no âmbito dos sistemas de seguridade social: experiência internacional. In: CAMARANO, Ana Amélia (org.). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010. Cap. 1, p. 39-67.

PAZ, Adriana Aparecida; SANTOS, Beatriz Regina Lara dos; EIDT., Olga Rosaria. **Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde**. Acta Paul Enferm;v. 19, n.3, p:338-342, 2006.

PIMENTA, Janaina de Araujo; CARDOZO, Maria José Pires Barros. **O materialismo histórico-dialético: perspectiva metodológica para a pesquisa sobre políticas educacionais**. Ano XVI, n. 10, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/tematica/article/view/55798/31739>. Acesso em: 03 jan 2025.

PINHEIRO, Marina Brito; CURRALERO, Claudia Baddini; PAIVA, Andrea Barreto; LÍCIO, Elaine Cristina. **Beneficiômetro da Seguridade Social: Uma introdução aos benefícios ofertados pela política de assistência social.** Texto para Discussão, n. 2940, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília.2023.

PIRES, M. F. C. **Education and the historical and dialectical materialism.** *Interface* — Comunicação, Saúde, Educação, v.1, n.1, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/RCh4LmpxDzXrLk6wfR4dmSD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2024.

POLLO, Sandra Helena Lima; ASSIS, Mônica de. **Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro.** REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., v.11, n. 1, p. 29-43, 2008.

QUINTO, Deyse Vieira. **“DONA-DE-CASA X EMPREGADA”: OS CONCEITOS DE TRABALHO DOMÉSTICO A PARTIR DO BRASIL.** Veredas da História, v. 15, n. 2, p. 31-57, dez., 2022.

RIBEIRO, Adalgiza Peixoto; SCHUTZ, Gabriel Eduardo. **Reflexões sobre o envelhecimento e bem-estar de idosas institucionalizadas.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 10, n. 2, p. 191-201, 2008.

RIOS JUNIOR, Ademir Vilaronga. **Apropriação da força de trabalho infantil na produção domiciliar em Toritama-PE.** 2019. 222 folhas. Tese (Programa de pós-Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

RIQUELME, Sergio Fernández. **Los orígenes de la Beneficencia. Humanismo cristiano, Derecho de pobres y Estado liberal.** LA RAZÓN HISTÓRICA - Revista Hispanoamericana de Historia de las Ideas, Espanha, v. 1, n. 1, p. 12-30, set. 2007.

RODRIGUES, Nara da Costa. **Retrospectiva da política nacional do idoso.** Revés do Averso, São Paulo, CEPE, v.14, p. 84-90, 2005.

ROMERO, Dalia Elena et al. **Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho.** Cad. Saúde Pública, v.37, n. 3, 2021.

SANTIN, Janaína Rigo; BOROWSKI, Marina Zancanaro. **O idoso e o princípio constitucional da dignidade humana.** Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 141-153, jan. 2008.

SANTOS, Sílvia Cavadinha Cândido dos; SARAIVA, Joseana Maria; CEZAR, Iêda Litwak de Andrade. **Envelhecimento humano e qualidade de vida: construções históricas, sociais e culturais**. In: CONGRESSO INTERNACIONAL ENVELHECIMENTO HUMANO, 5, 2017, Campina Grande. Anais...Campina Grande: Editora Realize, 2017. p. 1-12, v.1.

São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024.

SARAIVA, Joseana Maria. **Perfil do trabalhador do setor de nutrição e saúde de creches públicas da cidade do Recife-PE**.1999. f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco. Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Recife, 1999.

SÁ-SILVA, Jackson et al. **Pesquisa Documental: Pistas Teóricas e Metodológicas**. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. n 1, 2009. Disponível em: https://siposg.furg.br/selecao/download/1123/pesquisa_documental.pdf. Acesso em: 1 out. 2024.

SILVA, Éven P. L. da, ALÉSSIO, R. L. dos S. **Diferentes Contextos de Institucionalização da Velhice: Perspectivas de Idosos Institucionalizados**. Revista Subjetividades, v. 23, n.1, p: 1–16, 2023.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas. **Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.155-168, jan. 2008.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima. **Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 126, p. 215-234, maio/ago. 2016.

SOARES, Ediane de Paula Machado; LONE, Joyde Regina Mendes; TORRES, Mabel Mascarenhas. **Debatendo a velhice e os processos de envelhecimento: contribuições para uma análise a partir da Gerontologia Social Crítica**.In: Envelhecimento e políticas públicas. TEIXEIRA, Solange Maria (organizadora). Editora Terra sem Amos: Parnaíba, p: 2024. 357, 2023.

SOUSA, A., et al. **A Pesquisa Bibliográfica: Princípios e Fundamentos**. Cadernos da Fucamp, v.20, n.43, 2021.

SOUSA, Luana Passos de; GUEDES, Dyeggo Rocha. **A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década**. ESTUDOS AVANÇADOS, v.30, n. 87, 2016.

TEIXEIRA, S, M. **Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 137, 2020.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

TONET, Ivo. **EDUCAÇÃO CONTRA O CAPITAL** São Paulo: UDUFAL, 2016.

VIANA, André Paes. **Fatores que se interpõem à qualidade dos serviços de saúde prestados pelas unidades de pronto atendimento como meios de consumo coletivo**. 2017. 190f. Dissertação (Mestrado em Cotidiano, Consumo e Desenvolvimento Humano) – Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife.

WERTZ, T. **Pandemia acentua violência contra o idoso e especialistas orientam atitudes que devem ser tomadas**. UNITAU, São Paulo, 2021. Disponível em:<
<https://unitau.br/noticias/detalhes/4845/pandemia-acentua-violencia-contra-o-idoso-e-especialistasorientam-> . Acesso em: 02 out. 2024.

WOLF, Paulo José Whitaker; OLIVEIRA, Giuliano Contento de. **Os Estados de Bem-Estar Social da Europa Ocidental: tipologias, evidências e vulnerabilidades**. Econ. soc. v.5, n.3, Sep/Dec 2016.