

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL

MONIQUE SIMÕES CORDEIRO

**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: INTERFACE COM
A POLÍTICA DE SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA
2022

MONIQUE SIMÕES CORDEIRO

**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: INTERFACE COM
A POLÍTICA DE SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção do grau de Mestre em Política Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cenira Andrade de Oliveira
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Maria das Graças Gomes

VITÓRIA
2022

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

S593i Simões Cordeiro, Monique, 1990-
Instituições de Longa Permanência para Idosos : interface com a política de saúde no Espírito Santo / Monique Simões Cordeiro. - 2022.
137 f. : il.

Orientadora: Cenira Oliveira.
Coorientadora: Maria das Graças Gomes.
Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

1. Instituições de Longa Permanência para Idosos. 2. Envelhecimento populacional. 3. Interface entre políticas. 4. Saúde idosos. I. Oliveira, Cenira. II. Gomes, Maria das Graças. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. IV. Título.

CDU: 32

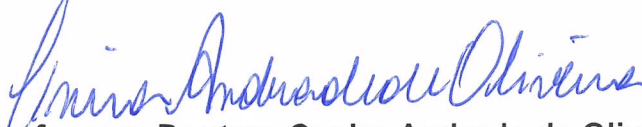
MONIQUE SIMÕES CORDEIRO

**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS:
INTERFACE COM A POLÍTICA DE SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO**


Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Política Social.

Aprovada em 20 de junho de 2022.

COMISSÃO EXAMINADORA



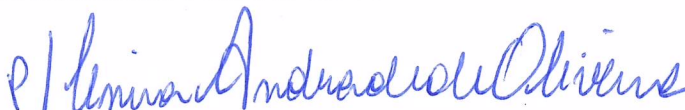
**Professora Doutora Ceníra Andrade de Oliveira
Orientadora/Universidade Federal do Espírito Santo**



**Professora Doutora Maria das Graças Cunha Gomes
Coorientadora/Universidade Federal do Espírito Santo**



**Professora Doutora Jeane Andréia Ferraz Silva
Universidade Federal de Juiz de Fora**



**Doutora Karla Cristina Giacomin
Doutora em Ciências da Saúde pela Fiocruz**

AGRADECIMENTOS

Não poderia iniciar sem agradecer minha esposa Suellen, por ser meu porto seguro em todo o processo. Muitas crises foram evitadas pelo fato de tê-la ao meu lado. Obrigada pelo apoio, pelas orientações, pela paciência, por me motivar e por acreditar em mim sempre.

Agradeço a todos do CEDDIPI/ES, que estão na luta diária em defesa de uma vida digna para população idosa. Em especial, agradeço a nossa presidenta Marta Nunes e a Mariana Tessarolo que não hesitaram em me auxiliar em tudo que precisei.

Agradeço a minha irmã Alice, pelo companheirismo e por se colocar sempre à disposição. Agradeço aos meus pais, por tudo que fizeram e fazem por mim.

Agradeço às minhas queridas amigas Bianca, Taísa, Natália, Paulinha, Amanda, Rovana, Gabi, Aline, Cinthia, Cláudio e Tuty pelas trocas, alegrias, choros, risadas e desabafos. Os momentos com vocês foram essenciais para dar luz ao meu objeto e para que eu recarregasse minhas energias.

Agradeço a Prof^a Graça, referência na temática sobre envelhecimento, fundadora da UNAPI e minha inspiração. Obrigada por acolher meu projeto de pesquisa e por dar o norte que eu precisava. Agradeço também a minha amiga e querida professora Cenira, que foi para mim uma orientadora incrível. Sinto-me extremamente privilegiada por ter vocês caminhando comigo nesse processo.

Por fim, agradeço sinceramente a todos que direta ou indiretamente contribuíram para esse momento.

CORDEIRO, Monique S. O acesso a política de saúde pela população idosa residente em instituições de longa permanência no Espírito Santo [Dissertação]. Vitória: Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, 2022.

RESUMO

O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional vêm aliados ao crescimento de diversas demandas da população idosa. É comum que pessoas idosas fiquem mais suscetíveis a doenças crônico-degenerativas, que podem gerar incapacidade e perda da autonomia. As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) surgem como alternativa de acolhimento principalmente para aqueles idosos que possuem seus vínculos familiares e comunitários rompidos e com dificuldades para o desempenho das atividades diárias. Observa-se que a desresponsabilização estatal na oferta e execução de políticas públicas reflete diretamente nas ILPI's, e, historicamente, vem se perpetuando como prática a manutenção da lógica filantrópica e religiosa dessas instituições contrapondo-se à lógica do direito. O objetivo geral desta pesquisa é analisar a interface entre as políticas de saúde e assistência social no âmbito das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) filantrópicas e públicas no Espírito Santo. Como objetivos específicos buscou-se verificar as legislações referentes à política de saúde e assistência social; analisar o atendimento às demandas de saúde das pessoas idosas residentes nas ILPI's filantrópicas e públicas do ES; identificar as demandas clínicas dos idosos que ensejam a necessidade de interface da política de saúde com a política de assistência e o efetivo encaminhamento da ação intersetorial para a otimização dos resultados; a implementação do plano integral de saúde do idoso nas ILPI's. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, em que os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais das ILPI's, cujo conteúdo foi analisado à luz do método materialista histórico dialético. Como resultado observou-se que, em geral, as ILPI's estão assumindo o cuidado com a saúde dos idosos sem uma estrutura apropriada, uma vez que não há, por parte da política de saúde, uma responsabilização junto às ILPI's capaz de atender as demandas de saúde dos idosos abrigados. Detectou-se a falta de legislações que versam especificamente sobre a competência da política de saúde em relação às ILPI's, e o quanto esse fator dificulta uma interface mais sistemática e exitosa.

Palavras-chave: instituição de longa permanência para idosos; envelhecimento populacional; interface entre políticas; saúde idosos.

ABSTRACT

The increase in life expectancy and population aging are allied to the growth of various demands of the elderly population. It is common for elderly people to be more susceptible to chronic degenerative diseases, which can lead to disability and loss of autonomy. Long-stay Institutions for the Elderly (ILPI's) emerge as an alternative to host especially those elderly people who have broken family and community ties and have difficulties in performing daily activities. It is observed that the state's lack of responsibility in the offer and execution of public policies directly reflects on the ILPI's, and, historically, the maintenance of the philanthropic and religious logic of these institutions has been perpetuated as a practice, opposing the logic of law. The general objective of this research is to analyze the interface between health policies and social assistance within the scope of philanthropic and public Long Stay Institutions for the Elderly (ILPI's) in Espírito Santo. As specific objectives, we sought to verify the legislation related to health policy and social assistance; to analyze the attendance to the clinical health demands of elderly people residing in philanthropic and public ILPI's in ES; to identify the clinical demands of the elderly that give rise to the need to interface the health policy with the assistance policy and the effective forwarding of intersectoral action to optimize results; the implementation of the comprehensive health plan for the elderly in the ILPI's. This is a qualitative research, in which data were collected through semi-structured interviews with professionals from ILPI's, whose content was analyzed in the light of the dialectical historical materialist method. As a result, it was observed that, in general, the ILPI's are taking care of the health of the elderly without an appropriate structure, since there is, on the part of the health policy, that is, an accountability with the ILPI's capable of meeting the health demands of the sheltered elderly. We also detected the lack of legislation that specifically deals with the competence of health in relation to ILPI's, and how much this factor makes a more systematic interface difficult.

Keywords: long-stay institution for the elderly; population-ageing; interface between policies; elderly health.

A todos os idosos que residem em instituições de longa permanência, que não sejam esquecidos e abandonados pela sociedade e pelo Estado, e que possam ter sua dignidade assegurada.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Taxa de financeirização cresce. taxa de acumulação do capital fixo permanece estagnada (em %) (1970-2015) Brasil	56
Gráfico 2- Composição percentual do gasto em Saúde do Brasil e de alguns países da OCDE, relativamente ao financiador (público, seguro privado e pagamento direto), 2009	68
Gráfico 3 - Proporção de despesas federais do Brasil, por função	69
Gráfico 4 - Índice de envelhecimento - Brasil - 1940/2000	78
Gráfico 5 - Envelhecimento populacional brasileiro	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantidade de ILPI's filantrópicas e públicas por região.....	28
Tabela 2 - Receitas, despesas da seguridade social	47
Tabela 3 - Função dos entrevistados.....	101
Tabela 4 – Taxa de ocupação das instituições	101
Tabela 5 - Relação de quantidade de profissionais e especialidades das ILPI's	104
Tabela 6 - Perfil dos idosos abrigados nas ILPI's	105
Tabela 7 - Principais problemas de saúde dos idosos.....	107

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Foto do programa Vila Dignidade	97
Figura 2 - Foto da Vila dos Idosos	98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVEDALMA	Abrigo à Velhice Desemparrada Auta Loureiro Machado
AI's	Acompanhantes de Idosos
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ALM	Associação Luiza de Marillac
AVD	Atividades de Vida Diária
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
FGV	Social Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada da Assistência Social
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COBAP	Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEDDIPI	Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa
CMAS	Conselho Municipal de Assistência Social
CMI	Conselho Municipal do Idoso
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CF	Constituição Federal
COFINS	Contribuição Social Para o Financiamento da Seguridade Social
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas
DRU	Desvinculação de Recursos da União
EC	Emenda Constitucional
ELSI Brasil	Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros
FHC	Fernando Henrique Cardoso
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
FSE	Fundo Social de Emergência
GTP	Grupo Temático de Pesquisa
ILPI's	Instituições de Longa Permanência para Idosos

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
LBA	Legião Brasileira de Assistência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEEAPI	Núcleo de Estudos sobre o Envelhecimento e Assessoramento a Pessoa Idosa
OSS	Orçamento da Seguridade Social
ONU	Organização das Nações Unidas
ONG	Organização não governamental
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PIA	Plano Individual de Acompanhamento
PNAS	Política Nacional da Assistência Social
PNI	Política Nacional do Idoso
PIB	Produto Interno Bruto
PAI	Programa Acompanhante de Idosos
PSF	Programas de Saúde da Família
RDH	Relatório de Desenvolvimento Humano
RMV	Renda Mensal Vitalícia
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SESC	Serviço Social do Comércio
SPC	Serviços de proteção ao Crédito
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema único de Saúde
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UHs	Unidades Habitacionais
UNAPI	Universidade Aberta à Pessoa Idosa
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
OBJETIVOS	25
METODOLOGIA.....	25
Capítulo 1. A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS SOCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS NO BRASIL: ENTRE AVANÇOS E RETROCESSOS	32
1.1 A velhice da classe trabalhadora e os limites do Estado burguês na implementação das políticas sociais	33
1.2 O surgimento das políticas sociais para pessoas idosas.....	40
1.3 Políticas sociais para pessoas idosas no contexto brasileiro.....	44
1.3.1 Entre a previdência social e seu desmonte	52
1.3.2 Entre a assistência social e a filantropia.....	59
1.3.3 Entre a saúde pública universal e o mercado	65
Capítulo 2. IDOSOS/AS COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL: POSSIBILIDADES E DESAFIOS NO CUIDADO DE LONGA DURAÇÃO	73
2.1 O surgimento dos asilos e as Instituições de Longa Permanência para Idosos na realidade brasileira atual	73
2.2 A pessoa idosa, a família e o Estado	84
2.3 Falência do modelo tradicional de cuidado: alternativas e experiências.....	92
Capítulo 3. O ACESSO À POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE POR PESSOAS IDOSAS RESIDENTES NAS ILPI'S FILANTRÓPICAS E PÚBLICAS DO ESPÍRITO SANTO	100
3.1 Panorama geral das ILPI's filantrópicas e públicas do Espírito Santo.....	100
3.2 A Interface entre as políticas de assistência social e de saúde no âmbito das ILPI'S	106
3.2.1 Desafios das ILPI's na interface com a política de saúde.....	116
3.3 Alternativas frente às dificuldades no atendimento às necessidades de saúde dos idosos nas ILPI's	121
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
REFERÊNCIAS	130

INTRODUÇÃO

Em perspectiva histórica, assistimos à conquista do processo de envelhecimento e ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, na medida em que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹ de 2012 a 2017 houve um acréscimo de 4,8 milhões de idosos, o que representa um crescimento de 18% no número de pessoas acima de 60 anos². Em 2017 superamos a marca de 30,2 milhões de pessoas idosas, e ainda de acordo com IBGE³, estima-se que em 2060 um quarto da população terá mais de 65 anos, o equivalente a aproximadamente 58,2 milhões de pessoas idosas no Brasil.

O envelhecimento da população brasileira é reflexo de diversos fatores, tais como os progressos tecnológicos e da medicina, que permitem um maior prolongamento da vida. Freitas (2004) indica que a fabricação de antibióticos na década de 40, a criação das unidades de terapia intensiva, bem como o surgimento das vacinas contribuíram de forma crucial para essa maior longevidade. Contudo, o processo de envelhecimento se dá de maneira desigual nas diferentes realidades sociais, uma vez que nem todos possuem as mesmas condições de acesso a esses avanços. Nessa perspectiva, enquanto o Estado de Santa Catarina apresenta a maior esperança de vida (79,1 anos) e em segundo lugar o Espírito Santo (78,2 anos), no Maranhão uma criança ao nascer, espera viver quase 9 anos a menos, tendo em vista que esse Estado possui uma expectativa de vida de 70,6 anos⁴.

(...) não existe um envelhecer só, mas processos de envelhecimento – de gênero, de etnia, de classe social, de cultura – determinados socialmente. As desigualdades do processo de envelhecimento devem-se, basicamente, às condições desiguais de vida e de trabalho a que as pessoas estiveram submetidas no curso de suas vidas (LOUVISON; ETSUKO, 2012, p.158).

Outro fator que impacta no envelhecimento da população brasileira é a queda significativa na fecundidade desde os anos 1970, concomitante ao aumento do uso de contraceptivos (CAMARANO et al, 2011). Segundo Camarano, “em 40 anos, a fecundidade das mulheres

¹ Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017.html>. Acesso em: 26 de agosto de 2018.

² Definição etária para classificação de pessoa idosa adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) para os países em desenvolvimento.

³ Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acesso em: 26 de agosto de 2018.

⁴ Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/%E2%80%A6/18469-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe%E2%80%A6>. Acesso em: 26 de agosto de 2019.

brasileiras reduziu-se a quase um terço. Nessas últimas décadas, a taxa de fecundidade passou de aproximadamente 6,0 filhos por mulher, para 1,8” (2011, p.2).

De acordo com o levantamento realizado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), em 2018 essa taxa de fecundidade estava associada a dois principais fatores no Brasil: educação e renda. Conforme aponta a pesquisa, existem dois extremos no nosso país: mulheres com maior escolaridade e maior renda possuem menos filhos; em contrapartida, mulheres com menos escolaridade e, conseqüentemente com renda baixa e menos oportunidades possuem mais filhos, principalmente quando jovens. Esses fatores são reflexos da extrema desigualdade brasileira, inclusive “no acesso a informações e serviços” (BRASIL, 2018, p.7).

Em resumo, o Brasil já deixou para trás as altas taxas de mortalidade e natalidade, uma estrutura etária jovem e um alto crescimento populacional. Hoje, apresenta um regime demográfico com baixas taxas de mortalidade e natalidade, uma estrutura etária em envelhecimento e uma população que tende ao decréscimo (BRASIL, 2018, p11).

Essa conquista do envelhecimento na sociedade brasileira deve estar aliada, mais do que nunca, a políticas que atendam a novas e velhas demandas sociais desse grupo etário, proporcionando às pessoas que envelhecem a dignidade humana e o cumprimento dos seus direitos fundamentais.

Das demandas em crescimento podem-se citar as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's), posto que, com o aumento de pessoas idosas haverá uma porcentagem maior desse público, principalmente daqueles com algum grau de dependência⁵ (com dificuldades para o desempenho das atividades diárias), que necessitarão de serviços de acolhimento. Alguns estudos apontam que o aumento da procura por esses serviços será em decorrência da diminuição da rede de cuidados no âmbito familiar (LINIL, et al, 2015), visto que “será cada vez menor o número de filho nas famílias, o que deve provocar um aumento significativo na carga média por filho de assistência aos pais e diminuir a possibilidade de os idosos serem assistidos” (GIACOMIN, 2012, p.25).

Conforme o art. 37 do Estatuto do Idoso promulgado em 2003, a institucionalização do(a) idoso(a) na entidade de longa permanência será realizada apenas “quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros

⁵“12 a 16% dos idosos maiores de 60 anos apresentam algum grau de incapacidade para realizar pelo menos uma atividade da vida diária (comer, levantar-se da cama, sair da cama para a cadeira, ir ao banheiro, tomar banho e cerca de 2 a 3% encontram-se completamente dependentes para todas as atividades)” (GIACOMIN, 2012, p30).

próprios ou da família”. Prioritariamente, defende-se que a pessoa idosa permaneça no âmbito familiar e na comunidade. Todavia, cabe ao Estado o dever de prover a moradia quando a família não possui condições de fornecer os recursos necessários à sobrevivência desse(a) idoso(a), ou ainda nos casos de violação de direitos no ambiente familiar, bem como quando o(a) idoso(a) encontra-se em situação de rua e de abandono, tendo seus vínculos familiares fragilizados ou rompidos.

Sem dúvida, é inquestionável a importância de que o idoso viva no âmbito familiar e na comunidade. Entretanto, nem todos os idosos nem todas as famílias reúnem as condições para manter o idoso em casa. Quando não há essa possibilidade, entram em cena as Instituições de Longa Permanência para Idosos, tradicionalmente conhecidas como asilos, casas de repouso, clínicas de repouso, lares dos velhinhos e outras tantas nomenclaturas (FREIRE et al, 2012, p.536).

Apesar de alguns estudos citarem as ILPI's como serviços da área da saúde ou as considerarem como instituições híbridas, ou seja, cobertas pela política de assistência social e saúde, de acordo com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS) de 2005, as ILPI's se caracterizam como um serviço da política de assistência social, integrando a proteção social especial⁶ da alta complexidade. A norma também estabelece que esse serviço poderá ser subsidiado por estados, municípios e sociedade civil.

Em relação à natureza das ILPI's, elas podem ser governamentais ou não governamentais (filantrópicas e privadas). Contudo a maior parte das instituições filantrópicas (sem fins lucrativos) recebem recursos públicos para sua manutenção, os quais podem ser de origem federal, estadual ou municipal.

Existem no Brasil 7029 unidades de acolhimento para pessoas idosas (governamentais e não governamentais), conforme o mapeamento realizado em 2021 por membros da Frente Nacional de Fortalecimento às ILPIs⁷. As mesmas estão concentradas principalmente na região Sul e Sudeste (86,87% das ILPI's estão localizadas nas respectivas regiões), revelando, portanto, uma desigualdade de oferta do referido serviço. Outro dado que corrobora esse fato é que apenas 36,22% dos 5570 municípios brasileiros possuem ILPI. Sendo que no Estado do

⁶ “A proteção social especial tem por objetivos prover atenções sócio assistenciais a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social” (BRASIL, 2005, p.18).

⁷ “A Frente Nacional de Fortalecimento às ILPIs é um espaço democrático de estudos, pesquisas, planejamento, articulações e fomento, instituído com as finalidades de: estimular ações de apoio às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), de qualquer natureza - privadas sem fins lucrativos; privadas com fins lucrativos e públicas; empreender e propor ao Poder Público e à Sociedade Civil Organizada ações coordenadas para o aperfeiçoamento das Políticas Públicas de Cuidados de Longa Duração à Pessoa Idosa”. Disponível em: <https://www.frentenacionalilpi.com.br/>. Acesso em: 09 de abril de 2021.

Rio de Janeiro 71,74% dos municípios possuem pelo menos uma ILPI, em contrapartida, no Estado do Piauí, o percentual é de apenas 2,23% (LACERDA, et. al., 2021).

O aumento da demanda pela institucionalização se comprova, tendo em vista que, em 2010, havia 3583 ILPI's (LACERDA, et. al., 2021), ou seja, em aproximadamente uma década houve o crescimento de 49%.

Em 2019 o Ministério Público do Espírito Santo (MPES) realizou um panorama de acolhimento institucional para pessoas idosas do Estado⁸. Conforme esse panorama, existe no Espírito Santo um total de 92 instituições e 2.171 pessoas idosas institucionalizadas. Quanto à natureza das ILPI's, há apenas 2 instituições governamentais e 90 não governamentais, sendo 51 privadas com fins lucrativos e 39 privadas sem fins lucrativos, ou seja, filantrópicas.

No que tange ao grau de dependência das pessoas institucionalizadas no estado, há 754 pessoas idosas com o grau de dependência I; 749 com o grau de dependência II; e 511 com o grau de dependência III. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA nº502 de 27 de maio de 2021⁹ conceitua o que se entende como dependência e seus diferentes graus, conforme se verifica a seguir:

II - Dependência do Idoso - condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades da vida diária.

III - Equipamento de Auto-Ajuda - qualquer equipamento ou adaptação, utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada.

IV - Grau de Dependência do Idoso

1. Grau de Dependência I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda;

2. Grau de Dependência II - idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;

3. Grau de Dependência III - idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo (ANVISA/RDC nº502/21).

É comum que pessoas idosas fiquem mais suscetíveis a doenças crônico-degenerativas, que podem gerar incapacidade e perda da autonomia. Além disso, outras diversas necessidades de atendimento à saúde dos/as idosos/as institucionalizados/as são apresentadas (ANDRADE, 2020). No que se refere ao papel da política de saúde no atendimento dessas demandas, o Estatuto do Idoso no capítulo IV “do direito à saúde” prevê:

⁸ Disponível em:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYzRiZGFjYTctOTVIMS00ZDNILWE4NjgtY2ZmMzE0MjA0Yzg3IiwidCI6ImEyNDc0ODU1LWZjZjUtNDFlOC05YzQ4LWMyN2RiNDUyZDZkZCJ9>.

⁹ Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial.

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, **inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural** (grifo nosso);

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa¹⁰, instituída em 2006, expõe como um desafio a insuficiência desses serviços de cuidado domiciliar a pessoa idosa frágil, previsto no Estatuto, e aponta como fundamental a atenção básica de saúde por meio da Estratégia Saúde da Família. No item 5.3 que discorre sobre a articulação intersetorial da saúde com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a alínea g prevê a “implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos”.

De forma complementar, também em 2006, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria nº648queestabelece a atuação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Básica¹¹. Tal portaria define, a partir da delimitação do território de atendimento da equipe, a visita domiciliar (segundo as necessidades de saúde da população) como uma das atribuições dos profissionais que compõem esse programa. “Assim, pode-se compreender que as instituições de longa permanência para idosos são de responsabilidade dos Programas Saúde da Família, hoje denominadas Estratégias de Saúde da Família” (LINIL et al, p.288, 2005).

Considerando o princípio organizativo do SUAS da “articulação intersetorial de competências entre SUAS e Sistema único de Saúde (SUS), através da rede de serviços complementares para desenvolver ações de acolhida¹²” (BRASIL, 2005, p.15), e em razão da necessidade de ações da política de saúde para a população idosa abrigada nas ILPI’s, torna-se fundamental nesta pesquisa, buscar resposta para a questão como se constitui a interface das políticas de saúde e da política de assistência social no âmbito das ILPI’s filantrópicas no estado do Espírito Santo?

A transição demográfica exige do poder público novas posturas para responder às demandas da população que envelhece. Entretanto, a partir da década de 1990, com a implementação do

¹⁰ Portaria nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006.

¹¹ “Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em 12 de setembro de 2018.

¹² “A segurança de acolhida supõe a oferta de ações de abordagem em territórios de incidência de situações de risco, bem como redes de serviços para locais de permanência de indivíduos e famílias sob curta, média e longa permanência, através de alojamentos, vagas de albergagem e abrigos” (BRASIL, 2005, p.18).

projeto neoliberal no Brasil, assistimos à reestruturação do Estado¹³, que aliado ao capital, promove ações na contramão do previsto pela Constituição Federal (CF) de 1988, resultando na redução do financiamento às políticas sociais e reforçando o sucateamento e o caráter residual e focal dos mesmos.

Tal conduta, entre outras, é evidenciada pela ação do Estado ao priorizar o pagamento da dívida pública em detrimento do investimento em políticas sociais, o que abre precedentes para as parcerias com o setor privado, filantrópico e avanço das Organizações Não-Governamentais (ONGs), gerando o que Yasbek (1995) define como refilantropização, em referência à transposição da responsabilidade do Estado para esses setores.

A desresponsabilização estatal na oferta e execução de políticas públicas reflete diretamente nas ILPI's, na medida em que “a grande maioria das instituições brasileiras é filantrópica, 65,2%, incluindo as religiosas e leigas. Apenas 6,6% das instituições brasileiras são públicas ou mistas” (CAMARANO et al, 2011, p.6). Dessa forma, é imputada à sociedade civil a responsabilidade por gerir essas instituições a partir dos valores de “solidariedade local, voluntariado, autorresponsabilização e individualização” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p.306).

Assim, historicamente, o Estado perpetua como prática a manutenção da lógica filantrópica e religiosa dessas instituições contrapondo-se à lógica do direito. Isso significa dizer que “as ILPI's não são resultado de uma política pública e sim a marca registrada de sua ausência, guardando uma relação profunda com a filantropia e com as entidades religiosas” (GIACOMIN, 2012, p. 32). Nesse contexto, é possível observar ainda, a disseminação da ideia – principalmente pela mídia que também serve aos interesses da classe hegemônica – de que a velhice vem dismantelar o sistema de seguridade social, colocando o envelhecimento da classe trabalhadora como um problema social (PAIVA, 2014). Logo, o capital vem justificar contrarreformas e retirada de direitos da população idosa,

[...] em nome da estabilidade, do crescimento e do cumprimento dos “contratos” com os credores internacionais e nacionais, abandona-se a ideia de universalização das políticas sociais, adotando-se as antigas formas assistencialista para os pobres e deixando para os demais (embora não ricos), como única alternativa, o mercado (MARQUES; FERREIRA, 2010, p.18).

¹³ “O Estado moderno é inconcebível sem o capital, que é o seu real fundamento, e o capital, por sua vez, precisa do Estado como seu complemento necessário” (ANTUNES, 2002, p.19).

O sistema capitalista pressupõe que “o trabalhador durante toda sua existência, nada mais seja que força de trabalho, que todo seu tempo disponível seja por natureza e lei, tempo de trabalho, a ser empregado no próprio aumento do capital” (MARX, 2008, p.306). Nesse sentido, concordamos com Paiva (2014) que a fase da juventude é eleita como um valor, já que é principalmente nessa fase que a força de trabalho é vendida no mercado como uma mercadoria mais valorosa. Em contrapartida a velhice se revela como um desvalor, pois “com a perda da força de trabalho, o(a) velho(a), tornando(a) um(a) “incapaz”, passa a ser descartado(a) do processo como são as máquinas obsoletas ao sistema do capital” (p.135).

Há também a difusão da teoria de que a pessoa que envelhece com saúde teve “comportamentos adequados ao longo da vida, responsabilizando e culpabilizando a parcela da população que evolui com grau de fragilidade, incapacidade e/ou dependência” (GIACOMIN, 2012, p.19). Essa visão desconsidera o processo desigual do envelhecimento e do acesso aos recursos que possibilitam uma maior qualidade de vida, principalmente quando se trata de pessoas idosas constituintes de diferentes classes sociais.

É visível, a olho nu, uma nítida diferença entre o traçado das linhas que o tempo impõe ao corpo de uma mulher e de um homem na condição de “espécie” que personifica o trabalho, e o traçado no corpo de um homem e de uma mulher na condição de “espécie” que personifica o capital, mesmo que estes e aqueles pertençam a uma mesma geração (PAIVA, 2014, p.131).

Esse processo desigual de envelhecimento deve considerar ainda, outros aspectos fundamentais, por exemplo, as diferenças étnico-raciais, na medida em que a condição social dos homens e das mulheres negros(as) na velhice se diferencia no próprio interior da classe trabalhadora, não sendo difícil entender que sobre os trabalhadores mais pobres incide o envelhecimento desumanizante e desprotegido (PAIVA, 2014). A matéria “Uma chance de envelhecer: os desafios para garantir longevidade à população negra”¹⁴ apontou que a expectativa de vida dos/as negros/as no Brasil é de menos 6 anos comparado a pessoas brancas, conforme o Relatório Anual das Desigualdades Sociais, do Núcleo de Estudos de População, da Unicamp, publicado em 2011. Desta forma, compreendemos que pesam sobre a população idosa negra as maiores mazelas no que tange ao envelhecimento.

Nessa lógica, enquanto algumas famílias possuem condições de dar o devido amparo à pessoa idosa com algum grau de dependência, a maioria carece dos mais variados recursos. Apesar de o art. 230 da CF/1988 estabelecer que: “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de

¹⁴ Disponível em: <https://www.metropoles.com/materias-especiais/populacao-negra-enfrenta-desafios-para-garantir-longevidade>. Acesso em: 09 de abril de 2021.

amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988), há visível desigualdade na divisão de papéis entre família, sociedade e Estado. Esse último continua pensando em famílias funcionais, ou seja, que atendam às necessidades integrais da pessoa idosa sem necessitar do aparato estatal, e não avança em políticas de apoio às famílias.

Um elemento importante a ser destacado é a responsabilidade acerca dos cuidados ao idoso em situação de dependência no ambiente familiar recair sobre as mulheres. Esse fato é reflexo de uma sociedade patriarcal, onde há uma desigualdade de papeis sociais, em que as mulheres, quase sempre, são responsáveis pelo trabalho no ambiente doméstico. Há, portanto, uma responsabilização da “mulher pela satisfação das necessidades dos membros da família por meio de um trabalho não remunerado” (CISNE, 2014, p. 82).

As ILPI's apresentam-se como opção principalmente quando essas famílias não possuem meios de prover os recursos necessários para sobrevivência desse idoso no ambiente familiar. Ao mesmo tempo, as ILPI's privadas, que estabelecem o valor da mensalidade, têm conseguido em âmbito geral, contratar profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, entre outros) da área de saúde para atuarem nessas instituições. Contudo, o questionamento que se explicita é como os/as idosos/as residentes nas ILPI's públicas e filantrópicas acessam os serviços de saúde? Exatamente visando responder a essa e outras indagações, é que propomos analisar a interface dessas duas políticas – saúde e assistência -, considerando a localização das ILPI's na rede de atendimento do SUAS.

O interesse em estudar a temática sobre envelhecimento, especificamente as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's), foi despertado a partir da minha inserção como assistente social, em 2016, no programa de extensão Universidade Aberta à Pessoa Idosa (UNAPI) vinculada ao Núcleo de Estudos sobre o Envelhecimento e Assessoramento à Pessoa Idosa (NEEAPI), da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

No ano seguinte, fui eleita como representante do NEEAPI/UNAPI, no Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (CEDDIPI), na gestão de 2017 a 2019, com prorrogação até abril de 2021. É principalmente neste espaço que surgem as primeiras inquietações em relação à temática das ILPI's, a partir das muitas discussões sobre as carências dessas instituições e as dificuldades de manutenção das mesmas. O CEDDIP organizou o I Fórum Estadual Permanente de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa- ES, em novembro de 2017,

promovendo um ciclo de debates sobre as ILPI's, onde foram discutidas as competências das políticas de assistência social e saúde em relação a essas instituições. Esse debate foi crucial para aproximação da temática e para a definição do objeto desta pesquisa. Observamos no decorrer dos debates uma dificuldade dos participantes do Fórum em delimitar, na realidade concreta, tais competências, principalmente em relação à política de saúde.

A relevância social dessa pesquisa tem como base a observação de dois aspectos. O primeiro refere-se à contribuição para sociedade, ou seja, para os usuários, na medida em que as ILPI's representam um serviço indispensável para a população idosa pertencente às diversas frações da classe trabalhadora e às famílias também. Logo, analisar o acesso a um dos direitos fundamentais dessa população que se encontra nas ILPI's é de extrema importância, e por isso, a realização de pesquisas nessa área podem contribuir para a denúncia das condições de vida dos(as) idosos(as) residentes nessas instituições e principalmente, para a construção de elementos que fortaleçam a luta pela ampliação dos direitos da população idosa materializados por meio das políticas públicas.

O segundo aspecto relaciona-se à contribuição para os Conselhos de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, uma vez que se constitui papel político do conselho a participação no planejamento, implementação, fiscalização e acompanhamento de políticas públicas. Consideramos estes espaços privilegiados no que tange à participação da sociedade civil na formulação de políticas públicas para a pessoa idosa. O Conselho Nacional do Idoso foi criado em 2002, constituindo-se como um marco legal para a busca do fortalecimento de direitos para população idosa. A partir desse marco, um novo modelo de gestão da política de envelhecimento é criado, promovendo a participação da sociedade civil, incluindo os idosos, no controle social.

Observamos os conselhos como um instrumento estratégico para o diálogo entre a sociedade civil e Estado. Compreendemos que as políticas públicas não são dadas a partir da vontade do Estado, e sim pela pressão da sociedade civil a partir de suas demandas materializadas na realidade social.

(...) as políticas públicas não nascem no Estado. Elas nascem no berço da sociedade civil que, a partir de demandas levantadas na vida social, pressiona o Estado para ofertar políticas sociais que atendam às suas necessidades. Nesse sentido, adensam forças e pressões para transformá-las em prioridade. Nesse movimento, são estabelecidas disputas políticas de forças (BERZINS, BORGES, 2012, p.6).

Considerando essas disputas de políticas e correlações de força, o conselho não deve estar em

uma posição de parceria como Estado burguês, na medida em que este último atende – neste modo de produção, às necessidades para a produção e reprodução do capital. Nesse sentido, ao Conselho cabe a função de responder e representar as necessidades da classe trabalhadora, enquanto sociedade civil.

Quanto à relevância científica, ao buscarmos por mais informações sobre a temática, nos deparamos com uma carência de estudos mais aprofundados sobre o tema: em uma busca na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), a partir de palavras chaves “política de saúde Instituições de Longa Permanência”, encontramos apenas 1 estudo, cuja abordagem não converge com nossa proposta. A pesquisa em questão possui o título “Como estão inseridas nas políticas de saúde brasileira as Instituições de Longa permanência para Idosos (ilpis) e as clínicas de retaguarda?”¹⁵, contudo o objetivo do estudo é “identificar como são classificadas no Brasil as Instituições de Longa Permanência para Idosos e as Clínicas de Retaguarda”.

Também realizamos um levantamento na plataforma Sucupira de todas as dissertações e teses realizadas nos anos de 2013 a 2018, nos programas de pós graduação da área de Serviço Social, sobre a temática de envelhecimento e não encontramos pesquisas sobre a temática objeto desta proposta de estudo. Tal levantamento foi realizado como parte das atividades desenvolvidas no interior do Grupo Temático de Pesquisa (GTP)¹⁶ “Serviço Social, Gerações e Classes Sociais”, da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), cujo objetivo foi realizar o estado da arte sobre a referida temática.

Em 2020, a fisioterapeuta Verônica Filter de Andrade publicou o artigo “A saúde pública nas instituições de longa permanência para idosos” que teve como objetivo identificar na produção científica, estudos que descrevam acerca de como a saúde pública têm assistido as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Ela utilizou as bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online) a partir dos descritores Instituição de Longa Permanência para Idosos e Saúde Pública. Dos 9 artigos encontrados apenas um se aproxima com a proposta

¹⁵

Disponível

em:

<<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/24065/TA.Ariane.Polisaitis.VF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 de setembro de 2018.

¹⁶ “Organizando-se em torno de pesquisadores da área de Serviço Social e afins, os Grupos Temáticos de Pesquisa congregam pesquisadores para tratarem de temas de relevância social, constituindo-se em núcleos capazes de disseminar informações sobre temáticas específicas, promover debates fecundos sobre os temas de ponta do interesse profissional e das forças progressistas da sociedade” (ABEPSS. Disponível em: <<http://www.abepss.org.br/gtps.html>>. Acesso em: 26 set. 2018).

dessa pesquisa, sendo ele: “Atenção primária à saúde e os idosos institucionalizados: a perspectiva da gestão municipal no Brasil”¹⁷. O objetivo foi identificar as ações desenvolvidas na atenção primária, direcionadas aos idosos institucionalizados no Brasil, a partir da ótica dos gestores municipais. Evidenciamos que nenhum município pesquisado era do Espírito Santo e a proposta do estudo difere do nosso de pesquisar o acesso à política de saúde diretamente nas ILPI’s e não sob a perspectiva dos gestores. Observamos que os resultados demonstraram uma escassez de ações no campo da saúde direcionadas aos idosos institucionalizados e ainda, uma atenção à saúde fragmentada, distante do preconizado na Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 2006).

Após essa busca constatamos uma carência de estudos desenvolvidos que relacionam a assistência da saúde pública às ILPI’s, o que demonstra também a relevância científica de nossa proposta de pesquisa. Há necessidade de pautar essa temática nos vários espaços de produção de conhecimento, tornando-a mais visível e suscitando o necessário debate e consequentemente dando subsídios às lutas sociais por um Estado mais ampliado e políticas mais eficazes.

Esta dissertação está estruturada em três capítulos. No primeiro, contextualizamos o envelhecimento populacional incorporado nessa estrutura de antagonismo de classes sociais e a atuação do Estado nessa conjuntura. Bem como apresentaremos a trajetória das principais iniciativas de políticas públicas para população idosa até a atualidade.

No segundo capítulo, analisamos as possibilidades e desafios de cuidado para idosos com dificuldades na realização de suas atividades de vida diárias (AVD’s). Para tanto, discorreremos sobre o surgimento dos asilos até o momento de regulação pelo Estado, caracterizando-o como direito para àqueles idosos que necessitam. Abordamos sobre a centralidade da família como protagonista no cuidado de idosos/as e discutimos sobre a urgência de incluir o Estado como principal executor de políticas públicas de apoio e de substituição às famílias que não podem cumprir esse papel.

Destinamos o terceiro capítulo para apresentar os resultados e analisar os dados coletados. O objetivo central do capítulo é evidenciar a interface entre as ILPI’s, localizadas na política de assistência, com a política de saúde. Assim, apresentaremos um breve panorama das ILPI’s

¹⁷PIUVEZAMA G. et al, 2016.

pesquisadas e analisaremos as falas dos/as entrevistados/as para identificar a referida interface. Além disso, destacaremos algumas dificuldades relatadas pelos profissionais no a política de saúde pelos idosos abrigados, além de apontar algumas saídas para os desafios.

OBJETIVOS

Esta dissertação tem como objetivo geral **analisar a interface entre as políticas de saúde e assistência social no âmbito das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) filantrópicas e públicas no Espírito Santo.**

Traçamos alguns objetivos específicos:

- Analisar as legislações referentes à política de saúde e assistência social;
- Mapear o atendimento das demandas de saúde clínicas das pessoas idosas residentes nas ILPI's filantrópicas e públicas do ES;
- Identificar e analisar as demandas clínicas dos idosos que ensejam a necessidade de interface da política de saúde com a política de assistência e o efetivo encaminhamento da ação intersetorial para a otimização dos resultados;
- Analisar a implementação do plano integral de saúde do idoso nas ILPI's.

METODOLOGIA

Toda pesquisa só tem sentido quando veicula pensamento e ação, teoria e prática, práxis. Ou seja, “nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar um problema da vida prática” (MINAYO, 1994, p. 17).

Desta forma, sendo a “metodologia uma forma de discurso que apresenta o método escolhido como lente para o encaminhamento da pesquisa” (LIMA; MIOTO, 2007, p. 39), procuramos ter como base para a realização desta pesquisa o método materialista histórico dialético, por entendermos que esse é o mais capaz de realizar uma análise do nosso objeto de estudo em sua totalidade, que é

[...] mais do que a junção de fatores diversos é sua interconexão porque a unidade dos diversos muda o sentido do todo e da parte, é reconhecer o universal no particular e vice-versa, na verdade são o amplo e o miúdo simbiotizados, que são separados provisoriamente apenas para fins didáticos, para melhor explicá-los. (PRATES, 2018, p. 23)

Esse método não se propõe alcançar a realidade de forma absoluta, a totalidade concreta do fenômeno; porém, propõe possibilidades de se aproximar de elementos concretos dessa realidade, que vão além da sua aparência e de sua imediatez. Isso porque, a realidade está em movimento, não sendo possível apreender todas as suas determinações, mas é possível chegar o mais próximo de sua essência (KOSIK, 1976).

Para a autêntica compreensão do fenômeno é necessário apreender o próprio fenômeno como aparece e sua essência. Assim, para aproximação dessa essência e para compreender o máximo de suas determinações, na sua forma subjetiva e objetiva, é fundamental a decomposição do todo. Isso significa compreender o fenômeno em sua totalidade, apreendendo e desvelando as relações que estão postas (KOSIK, 1976).

A partir do pensamento dialético destrói-se a suposta independência do fenômeno, como se ele existisse por si só. Para a transformação da realidade é necessário compreender que nós mesmos produzimos a realidade e que o homem pode mudar e transformar a natureza (KOSIK, 1976).

Sabemos que nosso objeto tem uma existência objetiva que independe de nós, temos a consciência de que estamos, pesquisador e objeto, imersos num mesmo sistema de relações que, desta forma, elimina a possibilidade de externalidade, “por isso mesmo, a pesquisa – e a teoria que dela resulta – da sociedade exclui qualquer pretensão de neutralidade¹⁸” (NETTO, 2011, p. 23).

Por fim, a decisão de termos como base o método materialista histórico dialético se justifica pela necessidade de uma reflexão crítica sob a perspectiva da totalidade, pretendendo alcançar o máximo da essência do objeto imerso nas relações sociais construídas a partir da interferência dos processos históricos e estruturas vigentes. Concordamos com Netto (2011) que “é a estrutura e a dinâmica do objeto que comandam os procedimentos do pesquisador” (p. 53), desta forma, acreditamos que o método nos auxiliará a entender a posição que temos que exercer como pesquisador, como nos relacionar com o objeto para que assim seja possível extrair as múltiplas determinações que contêm o objeto pesquisado.

¹⁸Mazzotti (1998) diferencia e caracteriza em seus estudos os diferentes métodos de pesquisa utilizados nas ciências sociais. Dentre estes, a neutralidade ideológica aparece como um dos pilares do paradigma positivista, que tem como princípio a não influência do pesquisador no que tange a seus valores e posicionamentos políticos, tendo em vista uma confiabilidade científica.

Para o desenvolvimento da pesquisa utilizamos abordagem qualitativa, considerando a possibilidade de maior compreensão do fenômeno no contexto em que ele ocorre e do qual é parte. O método qualitativo atua com um “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1994, p. 21). Isso não significa dizer que o conjunto de dados quantitativos e qualitativos se opõem. “Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia” (MINAYO, 1994, p. 22).

Com vistas a alcançarmos nosso objetivo geral, elencamos alguns objetivos específicos, que necessitaram de instrumentos e técnicas variadas.

Para analisar as legislações referentes à política de saúde e assistência social, a fim de identificar suas competências no âmbito das ILPI's filantrópicas, realizamos uma pesquisa documental através das legislações brasileiras e do Estado do Espírito Santo acerca das ILPI's. Esse tipo de pesquisa “objetiva o aprofundamento direcionado pelas questões de pesquisa para desocultar o conteúdo exposto e latente de documentos considerados relevantes para o estudo” (PRATES, 2018, sn).

Ainda acerca da pesquisa documental, Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), conceituam que este método de pesquisa ultrapassa a ideia de textos escritos e/ou impressos e são utilizados como “fontes de informações, indicações e esclarecimentos que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outras, de acordo com o interesse do pesquisador” (SÁ-SILVA, ALMEIDA E GUINDANI, 2009, p. 5).

Realizamos uma revisão bibliográfica para nos apropriarmos das produções existentes sobre o tema de estudo proposto, considerando que a dinâmica da realidade não poderá ser apreendida em sua totalidade (NETTO, 2011), mas ao mesmo tempo demonstrando quais argumentos serão necessários desenvolver para conversar com os autores que já escreveram sobre o tema e possibilitar, assim, a produção de conhecimento novo (BARROS, 2009).

Para mapear o atendimento das demandas de saúde das pessoas idosas residentes nas ILPI's filantrópicas do ES a fim de identificar o cumprimento das competências da política de saúde face às necessidades evidenciadas realizamos uma pesquisa de campo nas ILPI's filantrópicas e públicas do Espírito Santo. Utilizamos o método de pesquisa por amostragem com o intuito

de “abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões” (MINAYO, 2002, p.43).

De acordo com Gonçalves (2001), a pesquisa de campo exige que o pesquisador entre em contato diretamente onde o fenômeno ocorre, dessa forma, os dados devem ser coletados com a população pesquisada para assim “reunir um conjunto de informações a serem documentadas” (p.67).

O Espírito Santo possui 10 microrregiões, porém a microrregião central-serrana, composta pelos municípios Itaguaçu, Itarana, Santa Tereza, Santa Maria de Jetibá e Santa Leopoldina, não possui nenhuma ILPI atualmente. Dessa forma, os dados foram coletados por amostra nas 9 microrregiões do Espírito Santo, sendo: uma ILPI no Caparaó, duas ILPI's na Central- sul, uma ILPI na Centro-oeste, uma ILPI na Litoral sul, três ILPI's na Metropolitana, uma ILPI na Nordeste, uma ILPI na Noroeste, uma ILPI na Rio Doce e uma ILPI na Sudoeste Serrana, totalizando 12 instituições. Entendemos que esse recorte possibilita uma confiabilidade quantitativa e qualitativa da pesquisa na medida em que se caracteriza por uma abrangência de todas as regiões do estado e possibilita configurar instituições de realidades diferenciadas, conforme as condições regionais. Na região metropolitana e na região central-sul realizamos a pesquisa de campo em mais de uma instituição, pois é onde se concentra um maior número de ILPI's conforme tabela abaixo:

Tabela 1 - Quantidade de ILPI's filantrópicas e públicas por região

REGIÃO	QUANTIDADE ILPI's
Caparaó	4
Central-Sul	8
Centro-oeste	4
Litoral sul	4
Metropolitana	10
Nordeste	3
Noroeste	4
Rio Doce	2
Sudoeste Serrana	2
Total	41

Fonte: elaboração própria, 2022.

Para escolher as ILPI's pesquisadas utilizamos a técnica da bola de neve. Essa técnica é uma ferramenta que pode auxiliar o pesquisador a chegar a fontes que possam contribuir com seu objeto de estudo. Segundo Vinuto (2014, p. 204)

[...] é um processo de permanente coleta de informações, que procura tirar proveito das redes sociais dos entrevistados identificados para fornecer ao pesquisador com um conjunto cada vez maior de contatos potenciais, sendo que o processo pode ser finalizado a partir do critério de ponto de saturação.

Dessa forma, a técnica bola de neve foi utilizada operacionalmente da seguinte maneira: realizamos contato com um profissional que trabalha em uma ILPI e que faz parte da rede de contatos da pesquisadora. A partir dessa profissional, foi realizada uma rede de contatos, em que cada profissional entrevistado indicou outro, formando um grupo a ser abordado, até que a pesquisa alcançou o seu objetivo e o seu ponto de saturação.

Utilizamos a técnica de triangulação, que segundo Triviños (1987, p.138), “tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo”. Essa técnica remete à combinação de pelo menos três elementos, sendo eles: a escuta do/s sujeito/s, a análise de documentos e a análise do contexto que o objeto de investigação está inserido.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é um dos principais meios que o investigador utiliza para coletar os dados. É possível obter muitas informações com essa técnica, além de possibilitar a avaliação de diferentes respostas e percepções sobre o mesmo tema (TRIVIÑOS, 1987). Vergara (2012, p. 4) afirma que “quando adequadamente planejada, executada e interpretada pelo pesquisador, a entrevista certamente alimenta a investigação com informações coerentes e consistentes que tem grandes chances de conduzir o pesquisador a conclusões adequadas”.

Dessa forma, privilegiamos a entrevista como técnica de coleta de dados e informações do campo, as quais foram construídas de forma semi-estruturada. Segundo Triviños (1987, p. 146) “a entrevista semi-estruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa”, o que permite perguntas abertas e fechadas, e ainda, promove maior flexibilidade para possíveis questionamentos que possam surgir durante a entrevista.

Devido ao contexto de pandemia de COVID-19 em que nos encontramos e por medida de prevenção, cautela e redução da transmissibilidade do vírus, consideramos que a opção mais viável foi à realização das entrevistas via plataforma de vídeoconferências on-line.

A princípio optamos por entrevistar os/as coordenadores por compreender que são indivíduos com maior probabilidade de estar trabalhando há mais tempo na instituição e por consequência conhecerem mais amplamente o histórico, as relações e os desafios postos. Porém, nos casos de ausência ou impossibilidade do/a coordenador/a realizar a entrevista,

optamos por entrevistar o/a assistente social, por ser um profissional que na sua formação teve um contato mais abrangente sobre os direitos sociais e políticas públicas; ou/e um profissional da saúde, por compreender que esse profissional possui informações mais específicas sobre as demandas e necessidades de saúde dos idosos institucionalizados.

A partir das entrevistas analisamos se as ações realizadas no campo da saúde são compatíveis com as legislações previstas e se são capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa institucionalizada. Buscamos também a partir dessa técnica identificar se o plano integral à saúde do idoso foi implementado e se as ações previstas estão sendo concretizadas. Por fim, buscamos a partir das falas dos/as entrevistados/as identificar e analisar as demandas que ensejam a necessidade de interface da política de saúde com a política de assistência e o efetivo encaminhamento da ação intersetorial para a otimização dos resultados.

A análise do contexto, que se constitui como um terceiro elemento da técnica de triangulação trata de analisar o objeto de estudo a partir do modo de produção em que ele está imerso, considerando as diferentes forças e classes sociais em disputa (TRIVIÑOS, 1987).

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, temos ciência de que precisamos garantir alguns respaldos aos participantes na medida em que “a pesquisa em ciências humanas e sociais exige respeito e garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes, devendo ser concebida, avaliada e realizada de modo a prever e evitar possíveis danos aos participantes” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016, p. 2). Em primeiro lugar, solicitamos autorização aos mesmos para que os dados sejam utilizados para essa pesquisa, conforme previsto na Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, e evidenciar o processo de consentimento e do assentimento livre e esclarecido, conforme o Art. 4 do capítulo III desta resolução:

Art. 4: O processo de consentimento e do assentimento livre e esclarecido envolve o estabelecimento de relação de confiança entre pesquisador e participante, continuamente aberto ao diálogo e ao questionamento, podendo ser obtido ou registrado em qualquer das fases de execução da pesquisa, bem como retirado a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao participante.

Outra exigência feita pelo Conselho Nacional de Saúde (2016) por intermédio dessa mesma resolução e que foi cumprida, refere-se à aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na modalidade escrita, que visou informar aos participantes os objetivos da pesquisa, bem como os possíveis riscos e danos que poderão sofrer ao participar da mesma.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, cujo parecer corresponde ao número 4.454.212, enviado em 10 de dezembro de 2020. Ressaltamos que em todo o processo da pesquisa foram atendidos os princípios éticos dispostos na resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Após a coleta de dados a partir das entrevistas, realizamos a transcrição das mesmas. Posteriormente fizemos uma leitura inicial para melhor compreensão das falas e para identificar os principais argumentos e significados mais amplos (BARDIN, 2004). Nesse momento selecionamos as partes que estavam em consonância com os objetivos dessa pesquisa e descartamos fragmentos que fugiam da proposta.

A partir da observação de frequência de alguns conteúdos, optamos por incorporar duas categorias que nos auxiliaram a organizar os dados. A partir da categoria da intersectorialidade agrupamos as falas que trataram sobre a articulação entre as políticas de assistência social e saúde. A segunda categoria foi utilizada como base para identificar os conteúdos que trataram sobre as contribuições da sociedade civil para manutenção das ILPI's. Ao decorrer da pesquisa, nos aprofundaremos na conceituação teórica das referidas categorias.

Salientamos que conforme Gomes (1994), as categorias são utilizadas para realizar a análise de conteúdo, abrangendo “elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si” (p. 70).

Por fim, reiteramos que buscamos exercer o compromisso ético em todo o processo de pesquisa, a fim de que os resultados fossem apresentados de forma transparente e segura e possam servir de base para futuras pesquisas num processo contínuo de aprendizagem.

CAPÍTULO 1. A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS SOCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS NO BRASIL: ENTRE AVANÇOS E RETROCESSOS

“Não é razoável que tantos esforços sejam feitos para prolongar a vida humana, se não forem dadas condições adequadas para vivê-la”
(Marcelo Salgado).

A velhice constitui-se como um demarcador universal da espécie humana, acarretando implicações para todas as classes. Portanto, historicamente, principalmente a gerontologia e a geriatria¹⁹ pesquisam esse tema de forma ampla e as políticas sociais instauradas para os/as velhos/as a partir das lutas sociais possuem caráter universal. Contudo, ao longo desse capítulo, nosso objeto de abordagem será a trajetória das políticas sociais com o foco para a classe trabalhadora envelhecida. Trataremos, desta forma, no primeiro tópico as particularidades do envelhecimento da classe trabalhadora e os limites do Estado na implementação de direitos para essa classe. Esse tópico inicial se faz necessário para compreendermos que essa trajetória pela conquista de direitos é decorrente de muita luta e disputa pelo fundo público, além de nos apontar que nessa sociedade dividida em classes é impossível a garantia de uma velhice digna - com o atendimento das necessidades sociais - para todos/as os/as trabalhadores. Assim, identificaremos que envelhecer se coloca como um problema para o capital, haja vista que a sociedade capitalista é centrada em um modelo adultocêntrico, em que a venda da mercadoria e exploração da força de trabalho é crucial para sua reprodução.

No tópico seguinte, realizaremos um breve histórico do surgimento das primeiras iniciativas das políticas sociais voltadas para as pessoas idosas, no marco da revolução industrial e a partir das lutas sociais, apresentando as particularidades das expressões da questão social para essa população. Ainda contextualizaremos o processo de generalização das políticas sociais após a Segunda Guerra Mundial, identificando as principais conquistas para a população envelhecida; logo em seguida abordaremos a conjuntura da crise estrutural do capital a partir da década de 1970, que vai sedimentar as bases para a instauração do projeto neoliberal pela burguesia e que terá como um dos resultados, o desmonte das políticas sociais.

¹⁹ “A geriatria é o ramo da medicina que se ocupa dos idosos saudáveis e enfermos, que necessitam de cuidados preventivos de atenção clínica e terapêutica, de reabilitação e de apoio social. (...) A gerontologia estuda o idoso do ponto de vista científico, em todos os seus aspectos, físicos, biológicos, psíquicos e sociais, sendo responsável pelo atendimento global do paciente. Assim, a geriatria, que se ocupa do aspecto médico do idoso, pode ser considerada como parte da gerontologia” (CARVALHO, 1984, p.31).

Por fim, no último eixo deste capítulo, apresentaremos como o projeto neoliberal repercutiu no Brasil a partir da década de 1990, com a particularidade de país periférico e dependente, que diferentemente dos países centrais não conseguiu instaurar o Estado de Bem-Estar Social, transformando a carta constitucional incompatível com o projeto político burguês. Centraremos nossa análise nas políticas sociais que compõem o tripé da seguridade social: saúde, assistência social e previdência social, com enfoque para a população idosa, trazendo um breve histórico de algumas ações dessas políticas até a contemporaneidade.

1.1 A velhice da classe trabalhadora e os limites do Estado burguês na implementação das políticas sociais

Determinantes socioeconômicos, psicológicos, genéticos, culturais, raciais, entre outros, constituem distintas formas de processo do envelhecimento. Desta forma, podemos iniciar nossa discussão afirmando que existem velhices. O que nos é central nesse debate, no entanto, é a velhice da classe trabalhadora, que apesar de não ser homogênea, possui particularidades determinantes para os velhos/as²⁰. Assim, a velhice deve ser percebida a partir do movimento histórico das relações de produção e de reprodução social.

Concordamos com a afirmação de Beauvoir (1990) que existem “duas categorias de velhos (uma extremamente vasta e, outra reduzida a uma pequena minoria) que a oposição entre exploradores e explorados cria. Qualquer afirmação que pretenda referir-se à velhice em geral deve ser rejeitada porque tende a mascarar este hiato” (p.17). Porém, também defendemos a ideia de que dentro dessas duas grandes categorias também existem distinções relevantes que não podemos desconsiderar.

Sobre a classe trabalhadora, objeto de nosso estudo, os tipos de trabalho e os níveis de exploração proporcionam maior ou menor esgotamento humano e conseqüentemente da sua força de trabalho. Já observaram, por exemplo, o envelhecimento de um(a) trabalhador(a) rural? A diária exposição ao sol sem proteção (realidade da maioria dos trabalhadores) provoca o envelhecimento precoce da pele. Portanto, apesar de a velhice não ser sinônimo de doença (ideia demasiadamente reproduzida na sociedade), as condições de trabalho e a qualidade de vida que o trabalhador/a é submetido reflete diretamente “na incidência de doenças crônico-

²⁰ Optamos por usar a nomenclatura velhos/as, pois é do que se trata a velhice: de pessoas velhas. Queremos ressignificar essa nomenclatura que culturalmente é vista como negativa, ruim. A reprodução dessa imagem negativa é inclusive proposital e diz sobre uma sociedade que enaltece a juventude e rejeita a velhice.

degenerativas que atingem os idosos, gerando dificuldades funcionais, perda da independência e autonomia” (TEIXEIRA, 2017, p.45).

A classe trabalhadora expropriada dos meios de produção e da riqueza socialmente produzida também é privada de recursos que garantem uma velhice digna²¹. Há uma fração da classe trabalhadora que vivencia a pobreza e o trabalho precarizado ao longo de sua trajetória e que por sua vez não possui o privilégio de passar da fase adulta, ou se consegue, é negligenciado por um poder público que não dispõe de condições mínimas de sobrevivência, relegando essa população ao abandono ou à bondade da sociedade civil por meio da filantropia. Diante disso, podemos afirmar que a longevidade em condições dignas é um atributo da classe dominante. Beauvoir (1990, p. 111) narra que “até o século XIX, nunca se fez menção aos velhos pobres; estes eram pouco numerosos e a longevidade só era possível nas classes privilegiadas”.

A riqueza social - na sociedade mercantil – é considerada apenas o que possui valor de troca, ou seja, valor. Aqueles produtos que possuem apenas valor de uso, como o trabalho doméstico e o trabalho para autoconsumo, não são considerados riqueza para o capital, “para o capital só existe a riqueza que é parte de seu processo de apropriação capitalista” (DIERCKXSENS; PIQUERAS, 2018, p.7). O (a) trabalhador(a) velho(a) torna-se não rentável para o capital e “amargam uma ‘vida sem valor’, ‘sem sentido’, e são tomados como fatores de custo para a sociedade, ou custos mortos” (TEIXEIRA, 2017, p.40). Assim sendo, a valorização do prolongamento da vida humana ocorre apenas para os detentores dos meios de produção, pois o indivíduo que já não mais compõe o circuito produtivo conseqüentemente não produz riquezas e não proporciona acumulação para o capital, podendo ser descartado (SANTOS et al., 2017).

Porém, há ainda aqueles trabalhadores velhos(as) que devido à sua aposentadoria ou benefício social insuficiente precisam retornar ao mundo do trabalho. Bernardo (2017) menciona que o capital se aproveita duplamente desse processo, uma vez que devido à imensidão de desempregados (exército industrial de reserva) disponíveis para vender sua força de trabalho e a condição de trabalhador velho/a que já não possui o mesmo vigor físico e mental, submete o mesmo a condições ainda mais precarizadas e com salários mais baixos. Entra em cena o

²¹ Difícil conceituar algo que ainda não existe, mas quando falamos sobre velhice digna queremos remeter principalmente a dois aspectos: a forma como a sociedade trata e visualiza o envelhecimento, em oposição à ideia de decadência, inutilidade, doença, onde a velhice é considerada a pior fase da vida; mas também sobre o atendimento das necessidades sociais dos mais velhos em sua totalidade, onde o direito a saúde, moradia, lazer, educação, cultura, mobilidade, segurança etc, sejam garantidos em sua plenitude e com qualidade. A velhice digna só é possível em uma sociedade que não seja adultocêntrica, onde os seres humanos não sejam mercadorias descartáveis quando envelhecem por não venderem mais sua força de trabalho.

“office old” ou “office velho”, que em vistas do empregador, apresentam vantagens considerando a isenção na tarifa do transporte, a prioridade na fila dos estabelecimentos etc. (PAIVA, 2014). Além disso, o capital “revigora a face humanitária do discurso da inclusão social” (BERNARDO, 2017, p.56). O cenário é de uma velhice em que a exploração do/a trabalhador/a continua e o capital suga até a última carga da sua energia vital.

A inserção no mundo do trabalho, mesmo depois de aposentado, é uma característica típica da realidade brasileira; segundo a PNAD de 1999 quase 50% dos idosos permanecem no sistema produtivo; e um terço entre as idosas ainda trabalhavam em piores situações de trabalho, sem carteira profissional, quando inseridas no mercado informal. Geralmente, porém, esses idosos situavam-se no setor informal ou de subsistência, em trabalhos por conta própria, autônomos, em atividades agropecuárias e comércio, realidade comum aos mais pobres. Essas fontes de renda, ainda que mínimas, permitiam aos idosos manterem e chefiarem suas famílias. Em 2011 (IBGE, 2012), esse índice dos que ainda trabalhavam depois dos 60 anos era de 29,3%, sendo que os homens são 42,4% e as mulheres 18,9% (TEIXEIRA, 2017, p. 44).

Os trabalhadores envelhecidos que possuem renda que supre além de suas necessidades básicas vivenciam o que Teixeira (2017) nomeia de pseudo valorização pela sua capacidade de consumo. São as pessoas consideradas da “melhor idade”, foco central das empresas de turismo e das clínicas de rejuvenescimento. Há um mercado pronto para criar os desejos e necessidades para essa população aliado a um sistema bancário que oferece empréstimos consignados com apelos sedutores, o que tem provocado um alarmante endividamento²² das pessoas velhas. É comum, por exemplo, ouvir dos mais velhos o assédio que vivenciam com as ligações dos bancos e financeiras oferecendo diversas modalidades de crédito.

Envelhecer em condições saudáveis não é um direito, mas um desafio para classe trabalhadora que vive com a reprodução da ideia - posta pela ideologia liberal - que essa é uma responsabilidade do próprio indivíduo, visto que a fórmula de envelhecer com saúde está posta, quem não segue é irresponsável e negligente: é preciso ter uma alimentação rica em nutrientes, realizar atividades físicas diárias, cuidar da saúde mental, tempo de lazer etc. A questão que lançamos nestes termos é: como um trabalhador da periferia que recebe 1 salário mínimo, não possui nem saneamento básico, conseguiria seguir esse receituário? “O repasse das responsabilidades por um envelhecimento saudável, para o próprio indivíduo, para a família e sociedade é uma expressão da desresponsabilização estatal, pelo enfrentamento das mazelas sociais trazidas e reproduzidas no envelhecimento da população” (TEIXEIRA, 2017, p.47).

²² Pesquisa realizada em 2019 pelo Serviço de Proteção ao Crédito (SPC) no Brasil aponta um total aproximado de 4,3 milhões de idosos com o nome registrado em serviços de proteção ao crédito, representando 27% da população nesta faixa de idade.

No que diz respeito às condições de envelhecimento dos/as trabalhadores negras/os, constatamos uma realidade ainda mais indigna, já que “a carne mais barata do mercado é a carne negra”²³. Essa frase nos remete aos anos de escravidão sofridos pela população africana nas Américas que engendraram efeitos estruturais na modernidade. Portanto, o processo histórico de dominação e opressões que constituíram o racismo como uma das bases determinantes das estruturas sociais modernas relega a população não branca a empregos substancialmente inferiores, a piores condições de vida e de acesso a políticas sociais. No Brasil, onde a escravidão perdurou mais de 380 anos, o/a trabalhador/a negro/a ganha em média cerca de R\$1,2 mil a menos, conforme pesquisa realizada em 2017²⁴. Outra pesquisa realizada em 2018²⁵ revela que 47,3% dos/as negros/as estão em trabalhos informais, enquanto 34,6% de pessoas brancas encontram-se nessa situação. Outro dado dessa mesma pesquisa indica que a população negra ocupa apenas 29,9% dos cargos gerenciais; e “representam 75,2% da parcela da população com os menores ganhos e apenas 27,7% dos 10% da população que tem os maiores rendimentos” (ibid).

Esse abismo social entre a população negra e branca estabelece o racismo como um determinante social relevante no processo de envelhecimento, por isso é fundamental “inserir na análise das políticas sociais, públicas e privadas brasileiras, a questão racial. Não existe política social neutra e que não seja impermeável às ideias racistas” (ALMEIDA, 2014, p.289).

Com a transição demográfica emergente, em que há o aumento considerável de pessoas velhas é natural que as questões vivenciadas nessa etapa extrapolem o âmbito privado, exigindo do Estado ações para atendimento de necessidades em várias áreas. Contudo quais têm sido as respostas que o Estado tem dado para essas demandas? Na tentativa de responder a essa questão, discutiremos um pouco sobre a natureza estatal e quais são suas prioridades no campo da reprodução social.

Ruthbard (1926-1995), em *A anatomia do Estado* (2012), defende a ideia de que “o estado não “representa” de nenhuma forma concreta a maioria das pessoas” (p.5) e o caracteriza como parasita da riqueza social, utilizando da violência e da coerção para atingir seu fim. A

²³ Música “A carne negra” de Elza Soares e composição de Seu Jorge / Ulises Capelleti / Marcelo Fontes Do Nascimento.

²⁴ <https://g1.globo.com/economia/noticia/negros-ganham-r-12-mil-a-menos-que-brancos-em-media-no-brasil-trabalhadores-relatam-dificuldades-e-racismo-velado.ghtml> . Acesso em: 02 de março de 2021.

²⁵ <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2019-11/negros-sao-maioria-entre-desocupados-e-trabalhadores-informais-no-pais>. Acesso em: 02 de março de 2021.

princípio, alguém discordaria dessa análise? Contudo, no decorrer da sua obra ele apresenta o mercado como vítima dessa estrutura, onde o “Estado sobrevive necessariamente do confisco compulsório do capital privado” (p.20) e que o mesmo “é uma instituição profunda e inerentemente anticapitalista” (p.20). Vai afirmar ainda que o poder estatal precisa constantemente confrontar os capitalistas para expropriar sua riqueza acumulada, obrigando-os a cumprir suas leis. Para legitimar esse processo coercitivo e de espoliação, o Estado vai conformar uma classe de burocratas, gestores e intelectuais.

Milton Friedman (1912-2006), outro fervoroso liberal, na sua obra *Capitalismo e Liberdade*, vai afirmar que o capitalismo competitivo “promove a liberdade política porque separa o poder econômico do poder político”(p.9); e que o mercado naturalmente promove uma “cooperação voluntária dos indivíduos”(p.11), já o Estado moderno promove a coerção ao conduzir e interferir nas atividades econômicas. Portanto, o mercado precisa ser o mais livre possível porque o mesmo se autorregula. O autor não descarta a necessidade do Estado, mas argumenta que sua atuação deve ser restrita ao máximo.

Um governo que mantenha a lei e a ordem; defina os direitos de propriedades; sirva de meio para a modificação dos direitos de propriedade e de outras regras do jogo econômico; julgue disputas sobre a interpretação das regras; reforce contratos; promova a competição; forneça uma estrutura monetária; envolva-se em atividades para evitar monopólio técnico e evite os efeitos laterais considerados como suficientemente importantes para justificar a intervenção do governo; suplemente a caridade privada e a família na proteção do irresponsável, quer se trate de um insano ou de uma criança; um tal governo teria, evidentemente, importantes funções a desempenhar (FRIEDMAN, 1985, p.22).

As análises dos autores acima referenciados não ultrapassam a barreira da aparência ao não visualizar as relações que se constituem de forma intrínseca; consideram o Estado uma instituição que está acima das relações sociais, com total autonomia. Poulantzas (1936-1979), em contraposição aos autores liberais, expõe a teoria em que as relações econômicas e políticas não se separam e que no cerne das relações capitalistas de produção perpassam questões políticas e ideológicas que legitimam seu modo de ser. Afirma o autor que o papel do Estado pode se alterar em diferentes estágios do capitalismo, mas na base do processo de valorização do valor, em que há a contradição capital x trabalho, existe o elemento político que determina a própria estrutura produtiva. Assim,

Estando as relações político-ideológicas desde já presentes na formação das relações de produção, desempenham um papel essencial em sua reprodução, e desse modo o processo de produção e de exploração é ao mesmo tempo processo de reprodução das relações de dominação/subordinação política e ideológica. Deste dado fundamental decorre a presença do Estado, específica para cada modo de produção,

o qual concentra, materializa e encarna as relações político-ideológicas nas relações de produção e sua reprodução (POULANTZAS, 1981, p.31,32).

Esta relação constitutiva aparece de forma sobreposta, separada e oculta o papel essencial do Estado na reprodução das classes sociais e como organizador da classe burguesa. Para manutenção dessa lógica é necessário principalmente a repressão e a reprodução da ideologia²⁶ dominante por parte do Estado, garantindo assim o poder, o disciplinamento e controle dos corpos. O autor argumenta que o Estado possui papel central no exercício do poder, mas considera uma estrutura múltipla de poder que o extrapola. É possível observar algumas instituições privadas, como a mídia, igrejas e escolas, desempenhando bem esse papel. A própria estrutura de produção possui relações de poder, na medida em que há relação de classes sociais distintas e que uma se constitui dominante e promove a exploração. Dessa forma, o poder político é fundamentado no poder econômico e nas relações de exploração. “O estado está presente organicamente na geração de poderes de classe” (POULANTZAS, 1981, p.51).

Vivemos em uma sociedade em que os indivíduos aparecem como iguais juridicamente, onde proprietários são livres para comprar força de trabalho e o trabalhador é livre para vendê-la. Todavia, são essencialmente desiguais na apropriação dos meios de produção e das riquezas socialmente produzidas. Pashukanis (2017) discorre que o Estado assume uma característica de poder impessoal, em que a dominação de classe é mascarada pelo fetichismo²⁷ da mercadoria que se completa pelo fetichismo jurídico. Há um processo de coisificação dos indivíduos, em que os mesmos são rebaixados a portadores de mercadorias (força de trabalho). Esses, por sua vez, para sobreviverem necessitam concretizar essa condição. Na forma jurídica esse assujeitamento aparece como um ato de vontade e torna o indivíduo como um sujeito de direito. Temos, portanto, indivíduos que de forma concomitante são portadores de mercadorias e de direitos.

Dessa forma, a reprodução da ordem burguesa se expressa a partir de uma estrutura de dominação econômica e política. No entanto, há uma legitimação dessa instância por parte da sociedade, por não considerar ou visualizar seu fundamento de exploração e desigualdade nas

²⁶ “A ideologia não consiste somente ou simplesmente num sistema de ideias ou representações. Compreende também uma série de práticas materiais extensivas aos hábitos, aos costumes, ao modo de vida dos agentes, e assim se molda como cimento no conjunto das práticas sociais, aí compreendidas as práticas políticas e econômicas” (POULANTZAS, 1981, p.33).

²⁷ “O fetiche é um objeto que obteve, de alguma maneira, poderes naturais ou humanos e até sobrenaturais e sobre-humanos. [...] O fetiche parece ter seus poderes derivados da sua própria natureza e não da mente humana ou da sociedade. A dimensão mágica reside no fato de que o que é social aparece como natural” (CARCANHOLO, 2011, p.87,88).

relações. Assim, Pashukanis (2017) continua sua análise afirmando que uma das funções do Estado é garantir a igualdade e liberdade formais escamoteando a exploração e naturalizando as relações para que ela possa continuar se reproduzindo. Corroborando com Pashukanis, Iasi (2017) assinala que os valores fundamentais do ordenamento político e jurídico são reflexos dos valores da própria sociedade burguesa, e possui como base a perpetuação das relações de exploração e desigualdade.

O Estado em determinados momentos históricos realiza concessões, ao incorporar alguns elementos de contestação da classe trabalhadora. Cria-se dessa forma uma dimensão em que se apaga a coerção e antagonismo de classe, emergindo uma ideia de colaboração estatal e de capitalismo humanizado. O “valor de troca” dessas concessões é a legitimidade da classe trabalhadora. Dito isso, não podemos cometer o equívoco que a partir das lutas sociais e a incorporação de algumas conquistas e direitos há alguma possibilidade de um autoperfeioamento do Estado, onde este em algum momento garanta os direitos sociais em sua plenitude. Outro equívoco é acreditar que a violência praticada pelo Estado contra os movimentos sociais, população pobre e negra é fruto de um regime político ou resquícios da ditadura. Em alguns momentos ela vai aparecer de forma mais contundente, em outros mais branda, contudo a violência e “a criminalização da pobreza e dos movimentos de luta da classe trabalhadora é um elemento constitutivo da democracia burguesa, não um fator acidental ou casual”(IASI, 2017, p.262).

As políticas residuais do Estado voltadas principalmente para a classe trabalhadora envelhecida – em que grande parte já não produz mais valia e se constitui como peso morto para o capital - refletem o caráter burguês do Estado, ou seja, “é possível compreender que, para o capitalismo, não interessa reproduzir a vida de um ser obsoleto a esse modo de produção, em razão do caráter vinculativo do conteúdo da política social à reprodução social do trabalho” (PAIVA, 2014, p. 135).

Conforme Behring e Boschetti (2011, p.195) o reconhecimento dos limites do Estado “não invalida a luta pelo reconhecimento e afirmação dos direitos no marco do capitalismo, [...]que começa pelo reconhecimento e garantia dos direitos no marco do capitalismo, mas que não esgota nele”. A luta política, portanto, retomando Poulantzas (1981), deve ter dupla dimensão: é necessário ocupar espaço dentro das estruturas representativas, mas também criar espaços que proporcionem experiências mais autônomas, de democracia direta. Sobre isso, Iasi (2017) destaca que a luta por direitos é no campo do Direito burguês, mas esse fator não pode

paralisar a luta “uma vez que toda a ação realizada por nós se dá no interior de uma ordem burguesa, inclusive a ação subversiva que visa superá-la revolucionariamente” (p.203).

Neste sentido, ainda de acordo com Poulantzas(1981), o processo da luta de classes se estabelece de forma desigual, pois enquanto a burguesia possui o instrumento do Estado na reprodução de sua hegemonia, a classe trabalhadora precisa realizar organizações autônomas que por sua vez não se dão de forma automática, nem espontâneas.

O capital se alimenta da desigualdade e da exploração para se reproduzir e por isso, a valorização do ser que envelhece e a emancipação humana só são possíveis com o rompimento dessa ordem vigente, pois a riqueza socialmente produzida é restrita apenas a uma pequena parcela da população. Apesar de ser imprescindível a luta por melhorias das políticas sociais na ordem burguesa, os direitos são parciais, limitados e estão longe de garantir uma velhice digna.

Essa reflexão inicial pode trazer algum desânimo no que tange à expectativa de políticas sociais de qualidade para a população envelhecida, contudo ela se faz necessária para compreendermos que a conquista dos direitos materializados em políticas sociais são fruto de luta árdua e estão longe de ser uma iniciativa espontânea do Estado.

1.2 O surgimento das políticas sociais para pessoas idosas

Desde as sociedades pré-capitalistas já existiam iniciativas de proteção social para os mais velhos. As primeiras iniciativas ou protoformas de políticas sociais abrangiam as pessoas mais velhas, pois havia uma análise de que estas eram consideradas incapazes para o trabalho e por isso, eram enquadradas como merecedoras da assistência. Aqueles que supostamente eram aptos a trabalhar, e não o faziam, eram julgados como “corruptos” e “vagabundos” e não merecedores de qualquer iniciativa assistencial. A título de exemplo, na Inglaterra havia a nomeada Lei dos Pobres, de 1601, que previa alojamentos em “poor-houses” para os “pobres impotentes”, que incluía os considerados idosos; já os que eram considerados capacitados ao trabalho eram enviados para as workhouses para trabalhos forçados (PEREIRA, 2008).

Em síntese, Bernardo (2017, p.58) aponta que esse período representava uma fase da “velhice desamparada, associada à pobreza e a incapacidade para o trabalho” e as respostas se davam a partir de “ações filantrópicas e institucionalização” (BERNARDO, 2017, p.58). O Estado possuía o papel de garantir a ordem social na sociedade, e isso era realizado basicamente a

partir da repressão e do controle da “vagabundagem”. Nesse contexto existiam ações mínimas em relação às resoluções dos problemas sociais.

Com a revolução industrial, o trabalho era tão degradante que um trabalhador de idade mediana já possuía sua força de trabalho esgotada, sendo excluído do processo de produção, ficando à mercê da assistência pública ou filantrópica ou remetido a um grau inferior dentro da indústria com salários inferiores (TEIXEIRA, 2017).

Alguns países como a França regulamentaram esse direito aos mais velhos de receber assistência, como consta no anteprojeto de constituição apresentado à Assembleia Nacional em junho de 1848. O artigo 7º estabelecia que “a sociedade deve propiciar trabalho aos homens válidos que não têm condições de encontrá-lo de outra forma, usando todos os meios produtivos e genéricos de que dispõe, e que serão ulteriormente organizados.” O artigo 9º definia que “o direito à assistência é o que têm as crianças abandonadas, *os velhos* e os doentes, de receber do Estado os meios de sobrevivência” (ROSANVALLON, 1998, p.121, grifo nosso).

Em decorrência do aumento significativo do pauperismo da classe trabalhadora a partir da revolução industrial datada aproximadamente no final do século XVIII, a expressão “questão social” é adotada, conforme sugere Netto(2001), para remeter ao quadro inédito em que o crescimento da pobreza ocorria “na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas” (p.42). De forma distinta, antes da instauração do capitalismo, o quadro de pobreza e desigualdade era advindo do pouco desenvolvimento das forças produtivas, que não conseguia produzir o suficiente para atender as demandas da população (NETTO, 2001). Portanto, concordamos com o autor que a questão social é inerente ao modo de produção capitalista e que “não tem a ver com o desdobramento de problemas sociais que a ordem burguesa herdou ou com traços invariáveis da sociedade humana; tem a ver, exclusivamente com a sociabilidade erguida sob o comando do capital” (p.46).

Esse panorama de pobreza generalizada e falta de acesso a serviços essenciais para reprodução da classe trabalhadora suscitou sua organização e luta por melhores condições de trabalho a partir do século XIX (NETTO, 2001). Assim, essas organizações “romperam o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para esfera pública, exigindo a interferência do Estado para o reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos envolvidos” (IAMAMOTO, 2001, p.17).

É nesse momento histórico, no século XIX, que as expressões da questão social que afetam o envelhecimento do trabalhador também assumem posição política e pública e a requisição da proteção social à velhice entra na pauta das reivindicações dos trabalhadores. Aliado a isso temos um crescimento do envelhecimento populacional (BERNARDO, 2017).

Em concordância com a análise de Boschetti (2016, p. 24) houve uma alteração significativa da intervenção do Estado na “regulação das relações capitalistas de produção” a partir do marco da grande depressão econômica, que teve início em 1929 (conhecida como crise de 1929) e fim na segunda guerra mundial. Essa alteração teve como sustentáculo as políticas keynesiano-fordistas e uma grande participação do fundo público²⁸, resultando na promoção de amplas políticas sociais de maneira inédita no cenário mundial, principalmente na segunda metade do século XX nos países capitalistas centrais, sendo nominado principalmente como Estado de Bem-Estar Social. Esse período histórico marcado pela universalização dos direitos sociais e da política de pleno emprego foi fruto “de relações contraditórias determinadas pela luta de classes, pelo papel do Estado e pelo grau de desenvolvimento das forças produtivas” (BOSCHETTI, 2016, p.25).

Logo, conforme aponta Marques (2015), a atuação do Estado nesses países ocorreu de forma diferenciada, em consonância com o movimento dos trabalhadores e desenvolvimento industrial de cada território, “já o processo de incorporação dos riscos na cobertura da proteção social garantida pelo Estado foi mais ou menos semelhante em todos os países. Há uma clara precedência do acidente de trabalho, *da velhice* e da invalidez sobre os demais” (MARQUES, 2015, p.13). Portanto, houve uma incorporação significativa das demandas da população idosa principalmente no âmbito da seguridade social.

Sendo assim essa conquista dos “novos sistemas de proteção social”²⁹ (BOSCHETTI, 2016) não foi uma resposta natural do Estado, mas fruto da luta política da classe trabalhadora, o que significa que “se estivessem permanecidos inertes, à espera de medidas sociais estatais protetivas, nada teriam alcançado. Por isto caberia caracterizar como ‘problemática’ a política

²⁸“O fundo público diz respeito à capacidade que o Estado tem de mobilizar recursos para realizar intervenções em políticas públicas, englobando as políticas econômicas e sociais, o que permite alterar ou conservar a realidade de determinada região ou país. Esses recursos públicos advêm, principalmente, da arrecadação tributária na forma de impostos, contribuições (sociais e econômicas) e taxas, além de outras receitas públicas previstas em lei” (SALVADOR, 2020, p. 368).

²⁹ “O que configura a existência de um sistema de proteção social é o conjunto organizado, coerente, sistemático, planejado de diversas políticas sociais, financiado pelo fundo público e que garante proteção social por meio de amplos direitos, bens e serviços sociais, nas áreas de emprego, saúde, previdência, habitação, assistência social, educação, transporte, entre outros bens e serviços públicos” (BOSCHETTI, 2016, p.26).

social, e não como resultado ‘natural’ da operação da sociedade capitalista” (COIMBRA, 1987, p.88).

Apesar da ampliação dos sistemas de proteção social após a Segunda Guerra Mundial ter reconfigurado “o padrão de desigualdade entre as classes sociais ao longo do século XX, constituindo-se em conquistas civilizatórias” (BOSCHETTI, 2012, p.755), servindo como base para os países periféricos em uma conjuntura totalmente diferente dos países centrais, podemos afirmar que esses avanços no âmbito das políticas sociais não afetaram a hegemonia da ordem capitalista, longe disso, tratou-se “de combater as manifestações da ‘questão social’ sem tocar nos fundamentos da sociedade burguesa. Tem-se aqui, obviamente, um reformismo para conservar” (NETTO, 2011, p.44).

A partir da década 1970 assiste-se a crise do padrão de acumulação³⁰ desenvolvido até então, abrindo portas para o predomínio do capital portador de juros (MARQUES, 2015), alterando novamente o papel do Estado na regulação das relações capitalistas de produção. Assim, “a nova fase de acumulação capitalista vai ser capitaneada pela esfera financeira, e no campo ideológico o velho liberalismo se veste com a “nova” roupa, rebatizado de *neoliberalismo*” (SALVADOR, 2010, p. 92, grifo nosso).

A crise é resultado de um conjunto complexo de elementos, não podendo ser reduzida a uma única causa como a superprodução ou subconsumo. Mandel (1990) destaca a queda tendencial na taxa de lucros e o aumento da composição orgânica do capital como intensificação de uma crise com múltiplas dimensões. A busca pela expansão global de mercados aumenta a concorrência capitalista, acentuando a redução nos preços e, portanto, no que tem certos limites em função da redução do quantitativo de trabalhadores na produção. O baixo retorno dos investimentos produtivos, ou seja, a queda da rentabilidade, leva a fuga do capital do setor produtivo para esfera financeira, agindo de forma especulativa (SALVADOR, 2010, p. 93).

O resultado dessa crise e a prioridade do capital na busca desenfreada por lucros vão incidir diretamente na classe trabalhadora, na medida em que o Estado de Bem-Estar Social é atacado duramente, sendo acusado de ser responsável pelo déficit orçamentário devido ao excesso de gastos com as políticas sociais (SALVADOR, 2010). Portanto, algumas das respostas encontradas são: a redução dos direitos; a desregulamentação do trabalho; o fim da política de pleno emprego, resultando no aumento do desemprego; e na “ampliação das contribuições

³⁰O taylorismo/fordismo era o padrão produtivo adotado durante o século XX, que sinteticamente consistia na produção em massa de mercadorias. Nesse modelo “era necessário racionalizar ao máximo as operações realizadas pelos trabalhadores, combatendo o desperdício na produção, reduzindo o tempo e aumentando o ritmo de trabalho, visando a intensificação das formas de exploração” (ANTUNES, 2009, p.39).

sociais trabalhistas e dos impostos indiretos, de natureza regressiva” (BOSCHETTI, 2012, p.764).

Nesse contexto neoliberal o avanço da expectativa de vida, que deveria ser considerada uma conquista, recebe a culpa pelo dismantelamento das políticas sociais devido ao gasto considerado oneroso para com os mais velhos. De acordo com Neri (2015), alguns especialistas alegam que “o favorecimento dos idosos causa um prejuízo aos trabalhadores da ativa” (n.p), principalmente no que se refere ao sistema previdenciário e aos serviços de saúde. Dessa forma há a defesa do Estado – que serve aos interesses do capital - de repensar a lógica dos direitos trabalhistas, dos impostos e políticas sociais para evitar a recessão econômica, “a recessão do envelhecimento” (n.p).

Assim, concordamos com Marques (2015) que as políticas sociais não interessam e não são prioridades na agenda do capital, constituem-se como obstáculos para seu desenvolvimento. No campo previdenciário o que se torna atrativo para o capital é a “transformação dos sistemas públicos de aposentadoria (de repartição) em sistemas privados, de capitalização, como forma de amealhar mais recursos para suas atividades especulativas” (p.18).

Aos trabalhadores velhos cuja força de trabalho desgastada não interessa para o capital, exceto para os trabalhos informais e precarizados, há a condenação ainda maior em relação à ausência de políticas sociais. Ora, se não há utilidade para o capital, o trabalhador idoso pode ser remetido à “miséria, à solidão, às deficiências, às doenças, ao desespero, à condição de não humano, de um ser isento de necessidades ou com necessidades abaixo dos seres humanos adultos empregados” (TEIXEIRA, 2017, p.37).

No contexto brasileiro o envelhecimento tem ocorrido de maneira mais acelerada se comparado aos países desenvolvidos. Em cinco décadas a expectativa de vida passou de 43 anos para 70 anos (NERI, 2015). Aliado a isso temos um quadro de extrema desigualdade social e pobreza, refletindo na precarização do processo de envelhecer, ou seja, os velhos aqui são menos saudáveis e mais dependentes. Como veremos a seguir, a proposta reformista no Brasil não se concretizou, o sonho de políticas sociais universais ficou inalcançável e a situação do envelhecimento populacional sem respostas do Estado. Nesse sentido, a situação dos mais velhos no cenário atual tende a piorar com o processo de reformas e retirada de direitos.

1.3 Políticas sociais para pessoas idosas no contexto brasileiro

Na contramão do cenário mundial, o Brasil, em 1988, avança com a promulgação da carta constitucional, mas logo em seguida há um processo que alguns autores defendem como contrarreforma do Estado, marcado, dentre outras medidas, pelo ajuste fiscal (BEHRING, 2018). O Brasil, a partir da década de 1990 adota uma pauta neoliberal no desenvolvimento de programas políticos e nenhum governo abdica de seguir essa programática, nem mesmo os governos petistas nos 13 anos em que estiveram à frente do executivo. Marca-se “um tempo que reafirma que a acumulação do capital é incompatível com a universalização de direitos, e que em momento de agudização da crise, seus custos são socializados com a classe trabalhadora” (BOSCHETTI, 2012, p.778).

Expressa no texto constitucional, a seguridade deveria ser operada de forma articulada, formando uma rede de proteção ampliada para os indivíduos, conforme a definição apontada no art. 194 da CF: “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e assistência social”.

Ocorre que, ao invés das referidas políticas se complementarem, como era esperado, há uma tendência de fragmentação e pulverização desde a sua implementação (BOSCHETTI, 2003). A expectativa era a criação de um Ministério de Seguridade Social, porém o que verificou-se foi à materialização de “políticas com características próprias e específicas que mais se excluem do que complementam, fazendo com que, na prática, o conceito de seguridade social fique no meio do caminho, entre o seguro e a assistência” (BOSCHETTI, 2003, p.74). Além disso, “cada uma das políticas possui seus fundos orçamentários próprios e conselhos e conferências também específicos” (BOSCHETTI, 2003, p.73). No capítulo 3, veremos que essa fragmentação e fontes de financiamentos específicos impactam diretamente na qualidade do serviço das ILPI's.

Nos próximos tópicos, constataremos também que a direção atual das políticas que compõe a seguridade social é de “seletividade e privatização, em detrimento da universalidade e estatização” (BOSCHETTI, 2003, p.76). A proteção integral dos trabalhadores a partir da cobertura do Estado de suas necessidades sociais encontra barreiras na política no paradigma teórico neoliberal e nos traços constitutivos da herança brasileira (COUTO, 2004).

Na correlação de forças entre capital x trabalho a disputa pelo fundo público é central. Isso porque a forma de arrecadação e como esses recursos são direcionados pelo Estado refletem diretamente na vida social da classe trabalhadora e na acumulação do capital. No que tange à

arrecadação e à composição tributária no Brasil “a população de baixa renda suporta uma elevada tributação indireta, pois historicamente mais da metade da arrecadação tributária do país advém de impostos cobrados sobre o consumo” (SALVADOR, 2020, p.369). Em contrapartida a tributação direta no Brasil “têm baixa ou nenhuma incidência sobre a renda, os lucros e o patrimônio” (ibid). Isso significa que a composição tributária brasileira promove uma extrema desigualdade social e maior concentração de renda, já que os mais ricos pagam menos impostos.

No tocante à questão tributária, os dados da Carga Tributária brasileira, conforme dados da Receita Federal (Brasil, 2018), revelam que a tributação sobre consumo, incluindo o que restou da contribuição da previdência patronal representa mais dois terços (68,7%) do financiamento tributário do Estado brasileiro. A tributação sobre patrimônio, em 2017, representou o írisório percentual de 4,4% dos tributos arrecadados no país. A tributação sobre a renda (incluindo a contribuição dos trabalhadores para a previdência social), limita-se, na pessoa física, à tributação da renda de trabalhadores assalariados e de servidores públicos, correspondendo a 26,86% dos tributos arrecadados em 2017 (SALVADOR, 2020, p.372).

Agravando ainda mais o cenário para a classe trabalhadora, “uma parcela considerável da receita pública é destinada para o pagamento dos encargos da dívida, o que acaba beneficiando os rentistas (aqueles que vivem dos juros da dívida pública), também privilegiados pela menor tributação” (SALVADOR, 2020, p.369). Segundo análise de Salvador (2010), de 2004 a 2007, os recursos destinados para amortização da dívida “são duas vezes superiores ao montante do gasto da União com assistência social, saúde, trabalho, educação, cultura, direitos da cidadania, habitação, saneamento, gestão ambiental, organização agrária, desportos e lazer” (SALVADOR, 2010, p. 620). Conforme análise do mesmo autor, entre 2016 a 2019 o pagamento efetivo das despesas com juros e amortização da dívida pública consumiu um quarto do orçamento público. “Enquanto o orçamento fiscal e da seguridade social, apresentou um crescimento real de somente 2,6% acima do IPCA, no período de 2016 a 2019, as despesas com juros e encargos da dívida pública cresceram 8,5 vezes mais” (SALVADOR, 2020, p.383).

O instrumento da Desvinculação de Recursos da União (DRU)³¹, criado em 1994, tem sido uma estratégia crucial de o governo federal criar superávit primário com o recurso que seria destinado para seguridade social, no entanto é utilizado para pagar os juros da dívida. Esse mecanismo que possibilita a desvinculação tem sido prorrogado ao longo dos anos e em 8 de setembro de 2016, a EC n.93, além de prorrogar a DRU até dezembro de 2023, ampliou “de 20% para 30% o percentual das receitas de tributos federais que podem ser usadas livremente

³¹ Em sua origem foi nomeado de Fundo Social de Emergência (FSE).

e altera quais tributos podem ser desvinculados, incluindo os fundos constitucionais, taxas e compensações financeiras” (SALVADOR, 2017, p.429).

Salvador (2017) aponta as renúncias tributárias sobre as contribuições sociais como um importante fator que também tem proporcionado o desmonte do financiamento da seguridade social. “Diante do agravamento da crise do capital, o governo intensificou, a partir de 2010, as concessões de renúncias fiscais para permitir a recomposição das taxas de lucros de diversos setores econômicos” (p.427).

Na tabela a seguir podemos observar de forma imediata um saldo negativo no que tange as despesas referentes à seguridade social do ano de 2008 a 2016. É sobre esse valor negativo que o Estado foca suas análises ao justificar as reformas e diminuição de recursos para as políticas sociais. O discurso reproduzido também pela grande mídia é que para o país crescer economicamente é preciso equilibrar as contas; e que estamos gastando mais do arrecadando. Todavia, ao somarmos os valores desvinculados pela DRU e as renúncias tributárias percebemos que a arrecadação para o orçamento da seguridade social é superavitária. Ou seja, pagaríamos todas as despesas e sobrariam recursos. Vejamos:

Tabela 2 - Receitas, despesas da seguridade social

Obs.: Valores em R\$ bilhões, deflacionados pelo IGP-DI, a preços médios de 2016.

Ano	Receitas	Despesas	Saldo	DRU (1)	Renúncias Tributárias (2)	Total (des)Financiamento do OSS (1) + (2)
2008	597,29	656,77	-59,48	71,65	33,86	105,51
2009	663,71	776,39	- 112,68	63,75	48,43	112,17
2010	652,03	762,73	- 110,70	69,87	98,09	167,96
2011	711,98	808,47	- 96,48	76,41	104,26	180,66
2012	729,88	838,50	- 108,63	76,47	125,44	201,92
2013	770,91	881,06	- 110,15	79,16	152,73	231,89
2014	750,76	919,29	- 168,53	74,31	169,46	243,78
2015	710,30	938,33	- 228,03	86,03	185,70	271,72
2016	680,65	949,53	- 268,89	101,09	168,41	269,50

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional (STN) — relatórios resumidos da execução orçamentária do governo federal e outros demonstrativos e da Receita Federal do Brasil (RFB) — relatórios dos demonstrativos de gastos tributários (SALVADOR, 2017, p. 433).

Identificamos, portanto, que no contexto neoliberal, a prioridade do Estado brasileiro na destinação de recursos orçamentários não é a promoção de políticas sociais, mas cumprir uma

agenda de austeridade fiscal em benefício à macroeconomia (SALVADOR, 2020). As propostas de políticas sociais universais, não contratualistas, e o sistema de seguridade social³² composto pelas políticas de assistência social, previdência e saúde, previstos na constituição, vão colidir diretamente com os princípios neoliberais, sendo atacadas com a diminuição de gastos e também na transformação em atividades lucrativas para o mercado (BORGES, 2015).

Foi principalmente na década de 1980 que a questão do envelhecimento entra na pauta pública e política na reivindicação por políticas sociais, aliada também ao crescimento populacional desse segmento no cenário brasileiro. Antes havia ações pontuais do Estado, que de modo geral beneficiavam apenas aos que tinham vínculo empregatício. A outra parcela dependia, sobretudo, da caridade e solidariedade da sociedade civil. Além disso, a partir da década de 60, podemos citar as iniciativas do empresariado para a população idosa no Serviço Social do Comércio (SESC). O principal objetivo era “desenvolver atividades de caráter socioeducativo e cultural, oferecendo espaços para o lazer e convívio entre idosos por meio de grupos de convivências” (LOBATO, 2014, p.142).

No que tange à organização das pessoas idosas em prol de direitos havia na década de 80 a organização das Associações de Aposentados, na luta por melhores condições de vida e aumentos nas aposentadorias (LOBATO, 2014). E em 1982 foi realizada a primeira Assembleia Nacional de Idosos.

A assembleia reuniu, em São Paulo, 2.200 idosos de 22 Estados brasileiros e culminou com a inclusão de alguns parágrafos na Constituição de 1988, dedicados à conquista de direitos, podendo refletir em melhoria da qualidade de vida dos mais velhos. Foi, então, criado o primeiro Conselho do Idoso e, também, a Associação Nacional de Gerontologia (ANG), que atua até hoje, ampliando as áreas de atuação profissional junto a esse segmento. Da atuação dessa associação, surgiu o esboço da Lei 8.842/ 94, a Política Nacional do Idoso (BORGES, 2015, n.p).

Portanto, é no contexto neoliberal que surgem as primeiras políticas sociais no Brasil especificamente para a população idosa. Em 1994 é promulgada a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842) – PNI –, que tem como objetivo "assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (art. 1º)". São previstos um conjunto de direitos nas áreas de promoção e assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça e cultura, esporte e lazer, “a PNI torna-se, assim, um marco na definição de um novo paradigma, mas ainda não

³² Constituição Federal de 1988, artigo 194: “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade destinado a assegurar direitos relativos à Saúde, Previdência, e à Assistência”.

se firmou no âmbito dos direitos sociais [...], salvo em algumas iniciativas esporádicas” (BORGES, 2015, n.p).

O Estatuto do Idoso, lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, representa uma grande conquista para os mais de 28 milhões de idosos/as que atualmente temos no país, de acordo com dados divulgados pelo IBGE³³. O Estatuto, em especial, dá materialidade aos direitos humanos da pessoa idosa. Cabe ao Estado, portanto, elaborar políticas públicas eficazes que coloquem em prática os direitos previstos. Além disso, Almeida (2005) destaca da necessidade de implementação de políticas transversais e verticais para que o Estatuto e PNI tenham êxito.

As transversais são as que envolvem e articulam ações estratégicas e programas de diferentes esferas da administração pública (saúde, previdência social, transporte, habitação etc.); as verticais são as que, sob o princípio da transversalidade se pautam pelo intercâmbio entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) (ALMEIDA, 2005, p.27).

Destacamos em particular a era dos governos petistas devido à redução da pobreza extrema e absoluta a partir principalmente das medidas de aumento do salário mínimo, que repercutiu na previdência e Benefício de Prestação Continuada (BPC)³⁴; o aumento da concessão do crédito e os programas de transferência de renda (BEHRING, 2018). Todavia não houve alteração da desigualdade social ou qualquer ameaça à ordem burguesa. “Empreendeu-se um combate à miséria parcialmente exitoso sem confronto com o capital, diga-se, o combate à pobreza dentro da ordem” (BEHRING, 2018, p.55). Sobretudo nos anos de Lula enquanto presidente, o projeto de governo conseguiu cumprir duas funções básicas do Estado capitalista indicadas por Salvador (2010): acumulação e legitimação. Isto posto, no Brasil,

(...) a tendência é da redistribuição horizontal, entre os trabalhadores, e de um verdadeiro bloqueio redistributivo, mesmo que a política social distribua renda, a exemplo dos vários programas de transferência de renda no continente latino-americano, que distribuem recursos, mas não conseguem incidir efetiva e permanentemente sobre a desigualdade persistente, operando mais como políticas compensatórias, focalizadas, e de legitimação de projetos dos governos, bem como de produção de coesão social e controle sobre “os de baixo”, mas com importantes impactos na vida de amplos segmentos pauperizados da classe trabalhadora, razão pela qual devemos defender esses programas, especialmente a ampliação significativa do valor dos benefícios (BEHRING, 2016, p.18).

As ações do Estado brasileiro nas respostas das manifestações da questão social possuem como traço a focalização na pobreza, seletividade e a individualização dos problemas sociais, “perdendo os vínculos com a totalidade social, a questão social é transformada num problema

³³ Disponível em: <https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html>

³⁴ No tópico sobre assistência social iremos elucidar sobre do que se trata esse benefício.

técnico passível de solução através de ações eficazes e eficientes” (PASTORINI; MARTÍNEZ, 2014, p.63).

Nesse cenário a disputa pelo fundo público possui duas direções: de um lado o capital quer submetê-lo a serviço das finanças, sendo, portanto, estrutural para o capitalismo; de outro a luta é da classe trabalhadora por ampliação dos gastos sociais e das políticas sociais (SALVADOR, 2010). A luta de ambos os lados é por sobrevivência. Para reprodução do capital, o fundo se apresenta:

1. Como fonte importante para a realização do investimento capitalista. No capitalismo contemporâneo, o fundo público comparece por meio de subsídios, de desonerações tributárias, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital como base de financiamento integral ou parcial dos meios de produção, que viabilizam a reprodução do capital.
2. Como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho, por meio de salários indiretos, reduzindo o custo do capitalista na sua aquisição. Além disso, é a força de trabalho a responsável diretamente, no capitalismo, pela criação do valor.
3. Por meio das funções indiretas do Estado, que no capitalismo atual garante vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para as empresas.
4. No capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas (SALVADOR, 2010, p.91).

Orientado pela política do Banco Mundial, através do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), o Estado atualmente vem implementando reformas previdenciárias com o prolongamento do tempo de trabalho, restrições a benefícios, diminuição de pensões, etc, o que tem impacto direto para a população idosa. A justificativa é que o envelhecimento populacional onera o erário, quando na realidade há uma prevalência dos interesses da classe burguesa na apropriação do fundo público. A sobreposição desses interesses é ocultado, apagam-se as determinações que geram a desigualdade de distribuição do recurso público, a velhice se revela na aparência como um problema social que gera muito custo para a sociedade.

A diminuição da renda dos(as) velhos(as) vem atrelada a uma política de teto de gastos para as políticas públicas o que impacta na qualidade dos serviços de saúde, assistência social, habitação e lazer, dentre outros. Neste sentido, ressalta-se a Emenda Constitucional n.º 95 aprovada em 2016, que estabelece que nos próximos 20 anos (até 2036) as despesas e investimentos públicos são limitados aos valores gastos no ano anterior, corrigidos apenas pela inflação. A proposta é reduzir a despesa primária do governo federal de cerca de 20% para 12% do PIB entre 2017 e 2036 (ANFIP, 2017). Logo, o contexto é de precariedade dos

referidos serviços, carência de profissionais, desmantelamento dos equipamentos públicos e privatização de setores de utilidade pública.

Chega-se, assim, no momento atual. Apesar dos esforços que vem sendo dedicados no sentido de efetivar, na prática, políticas sociais capazes de causar impactos positivos no cotidiano da população idosa, ainda predomina a cidadania de papel, ou seja, a maioria da população sofre as consequências do processo histórico de desigualdade social, contando unicamente com o aparato legal (PAIVA, 2014. p. 192).

Aliada a essa política de austeridade econômica há um processo de “mercantilização das necessidades sociais” por meio da privatização das políticas sociais, conforme aponta Iamamoto (2001, p.26). Logo, as políticas de previdência social e saúde que são extremamente importantes para a população que envelhece passam por um processo de precarização e se mostram insuficientes no atendimento das necessidades dos mais velhos desse país. Abre-se caminho então para previdência e planos de saúde privados com a promessa de melhor qualidade de serviços.

Outro ponto a ser destacado é a desigualdade na divisão de papéis entre família, sociedade e Estado no atendimento às necessidades da pessoa idosa. Apesar de o art. 230 da CF/1988 estabelecer 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” (BRASIL, 1988), o Estado continua pensando em famílias funcionais, ou seja, que atendam às necessidades integrais da pessoa idosa sem necessitar do aparato estatal, e não avança em políticas de apoio às famílias. “*La familia es, com toda probabilidade, el instrumento más adecuado y más eficaz para hacer frente a múltiples desviaciones sociales que pondrían en peligro el orden y la esabilidad social*” (ROMERO, 1998, p.48).

Assim, há uma reprodução da ideia - adequada às necessidades de acumulação capitalista -de que as manifestações da questão social que atingem as pessoas velhas devem ser “resolvidas” primeiramente pela “*família, en primer lugar, as organizaciones religiosas de caridad y otras as ociaciones (incluidas lãs de trabajadores), em segundo lugar, mientras que el Estado desempeñaríaun papel de último recurso, si lãs otras insituciones fallaban*” (PALIER, 2013, p.72). Conforme Romero (1998), as políticas sociais com caráter residual são justificadas pelo Estado dado que existem esses “meios naturais” para atender as necessidades sociais dos indivíduos. Dessa forma, a intervenção estatal aconteceria de forma temporária apenas quando esses canais falhassem.

O dilema que se apresenta para a classe trabalhadora é a falta de serviços ofertados pelo Estado no amparo às famílias que necessitam cuidar das pessoas idosas, somada à reconfiguração familiar com a queda na taxa de natalidade e por isso uma menor rede de apoio familiar aos idosos/as que necessitam de cuidados³⁵.

Nos próximos tópicos realizaremos um breve histórico das políticas sociais que compõe o tripé da seguridade social: previdência, assistência e saúde. Realizaremos uma interseção dessas políticas com o atendimento das necessidades sociais especificamente da população envelhecida. Trataremos também como o fundo público é desviado para favorecer os interesses da burguesia em detrimento ao atendimento das necessidades sociais dos/as trabalhadores velhos desse país.

1.3.1 Entre a previdência social e seu desmonte

O histórico da constituição da previdência social inicia-se em 1923 sob a Lei Elói Chaves com o surgimento das caixas de aposentadorias e pensões (CAPs), coordenadas pelas empresas. No governo Vargas (1930-1945) houve a substituição desse modelo pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (Iaps) em 1933, a partir de ramos de atividades como os ferroviários e marítimos. Por fim, em 1966 os IAPS conformaram o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que em 1988 com o advento constitucional³⁶ foi renomeado para Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (BOSCHETTI, 2012). Dessa forma, “a seguridade social brasileira está entre o seguro e a assistência, ao manter a Previdência sob a lógica do seguro, e a assistência e saúde sob a lógica beveridgiana” (BOSCHETTI, 2012, p.761,762).

A previdência social, regida pela lógica do seguro social é a forma encontrada pelo capitalismo para garantir um mínimo de segurança social aos trabalhadores não proprietários, ou seja, aqueles que só dispõem de sua força de trabalho para viver. Mas essa lógica só se materializa se os trabalhadores estiverem inseridos em relações estáveis de trabalho que assegurem o acesso aos direitos previdenciários (SALVADOR, 2010, p.138).

Retomando um pouco a história, destacamos o período da ditadura militar (1964-1985) em que houve várias medidas legais que diminuíram os salários dos aposentados e pensionistas. A Lei n.6205, de 29/04/1975, por exemplo, estabeleceu a descaracterização do salário mínimo

³⁵ No capítulo 2 aprofundaremos esse debate da pessoa idosa e relações familiares.

³⁶ Houve a partir da Constituição Federal de 1988 um avanço - no que tange à redução da idade para aposentadoria, sendo definida a idade de 65 anos para homens e 60 anos para mulheres na área urbana e na área rural, 60 anos para homens e 55 anos para mulheres.

como fator de correção monetária. Outras medidas definiram o reajuste dos proventos dos aposentados inferior à inflação. Esse quadro resultou no empobrecimento dos beneficiários da Previdência Social (HADDAD, 2016).

Com o aumento do número de associações e federações de aposentados e pensionistas na primeira década de 1980 houve um enfrentamento com o Estado em prol de melhores condições dos benefícios previdenciários. Haddad (2016) menciona em especial a pressão realizada pela Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP), que existe até os dias atuais. Em 1988, portanto, após intensa pressão política é assinada a constituição federal na qual a previdência social teve diversas mudanças relevantes, em destaque as estabelecidas no artigo 194: “irredutibilidade do valor dos benefícios” e “caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial dos trabalhadores, empresários e aposentados” (HADDAD, 2016). Ademais, os trabalhadores rurais conquistaram os mesmos direitos previdenciários que o trabalhador humano; foi instaurado o seguro desemprego; e foi definido o piso de um salário mínimo para os benefícios sociais.

Sobre o financiamento da previdência, há a falsa concepção que somente a contribuição dos trabalhadores ativos é fonte de receita. Contudo a Seguridade Social – que inclui a previdência social – possui uma base ampla de financiamento, conforme previsto no artigo 195 da CF-88:

- Contribuições previdenciárias para o RGPS, pagas pelos empregados e pelas empresas sobre a folha de salários ou sobre a receita bruta de vendas;
- Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL);
- Contribuição Social Para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), cobrada sobre o faturamento das empresas;
- Contribuição para o PIS/Pasep para financiar o Programa de Seguro Desemprego e os programas de desenvolvimento do BNDES, também cobradas sobre o faturamento das empresas;
- Contribuições sobre concurso de prognósticos;
- Receitas próprias de todos os órgãos e entidades que participam desse orçamento (ANFIP, 2017, p.53/54).

Como avanço do neoliberalismo no Brasil a partir da década de 1990 e os projetos políticos de governo em favor do capital, inicia-se um processo de retirada de direitos previdenciários de quem geralmente está chegando ou encontra-se na velhice. O discurso é de que com o envelhecimento populacional há um déficit previdenciário que precisa ser resolvido para melhorar a economia do país. O apelo é que “já que os idosos podem ser mais saudáveis e mais longevos, então deveriam manter-se produtivos por mais tempo, desonerando os mais jovens” (NERI, 2015, n.p). Outra defesa cunhada pelos neoliberais é que “em vez de o Estado

prover os recursos para atender às necessidades dos idosos, eles próprios, quando ainda participantes da força de trabalho, deverão poupar e capitalizar o suficiente para garantir o próprio bem-estar na velhice” (NERI, 2015, n.p). O atual ministro da economia Paulo Guedes afirmou que “a longevidade é ruim para os cofres públicos”, “todo mundo quer viver 100 anos, 120, 130”, disse. Declarou ainda que “não há capacidade de investimento para que o Estado consiga acompanhar”³⁷.

É fato que a transformação da estrutura etária populacional com o envelhecimento demográfico acarreta no aumento principalmente das despesas previdenciárias. Não ignoramos esse fator, mas alguns elementos devem ser considerados antes de apontar a previdência social brasileira responsável pelo déficit das contas públicas. Vejamos alguns apontamentos realizados pela Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal no documento “Previdência: reformar para excluir?” publicado em 2017.

Um primeiro apontamento é a necessidade de articulação do tema do financiamento previdenciário com as políticas econômicas e sociais brasileiras. É fundamental um crescimento da adesão no sistema previdenciário para consequentemente aumentar a arrecadação, e isso só ocorre através da geração de mais empregos e aumento dos salários. Acontece que na contramão, temos no Brasil – de acordo com dados divulgados pelo IBGE em 2021 – uma taxa de 14,4% de desemprego³⁸, além disso o Estado brasileiro tem implementado uma política de flexibilização do trabalho em que a informalidade, terceirização e baixa remuneração são a tônica da vez, fragilizando assim a sustentabilidade da previdência a médio e longo prazo (ANFIP, 2017). No governo Temer (2016-2018) foi regulamentada a Lei da Terceirização, nº 13.429/31 de março de 2017, que permite que as empresas terceirizem até mesmo as atividades-fim. Além disso, conforme dados do IBGE divulgados em 2020, 41,6% dos brasileiros encontravam-se na informalidade em 2019³⁹. Assim, é possível fazer uma pressuposição de que a inclusão desses trabalhadores no sistema previdenciário iria aumentar consideravelmente sua receita, além do mais, garantiria a proteção social dos mesmos na velhice ou em outros casos previstos em lei.

³⁷ <https://www.metropoles.com/brasil/longevidade-e-ruim-para-os-cofres-diz-guedes-querem-viver-100-anos>. Acesso em 28 de abril de 2021.

³⁸ Disponível em: <https://www.infomoney.com.br/economia/taxa-de-desemprego-no-brasil-vai-a-144-em-fevereiro-diz-ibge-numero-de-desempregados-e-o-maior-da-serie-historica/>. Acesso em: 01 de maio de 2021.

³⁹ Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-11/ibge-informalidade-atinge-416-dos-trabalhadores-no-pais-em-2019>. Acesso em 01 de maio de 2021.

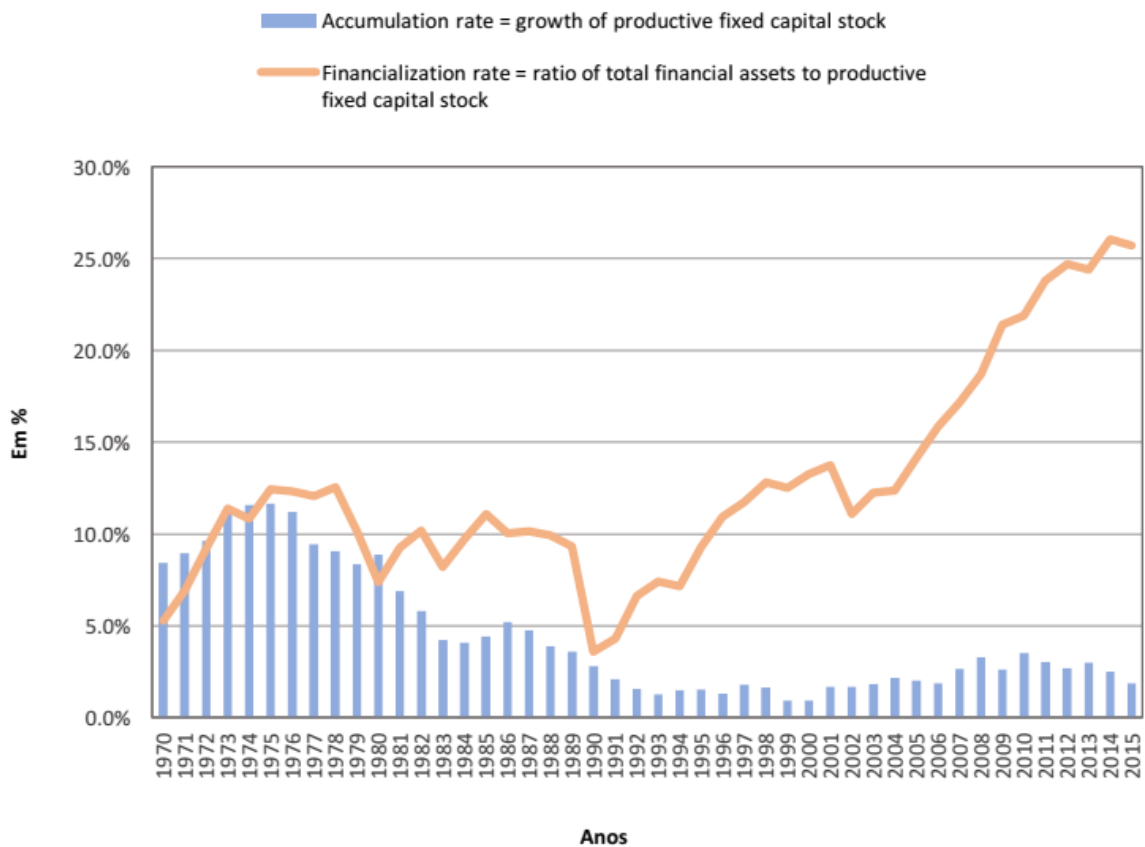
Aqui precisamos fazer um parêntese para revelar de forma breve as circunstâncias de um regime caracterizado por baixas taxas de investimento e de acumulação de capital fixo produtivo, que acarreta em um desemprego estrutural. A inovação tecnológica e de modo consequente a diminuição do uso da força de trabalho fazem parte do processo de desenvolvimento capitalista, ocasionando a redução de produção de valor através da força humana conjugada às forças produtivas. Principalmente a partir da década de 70 há uma tendência de diminuição da taxa de lucro na esfera produtiva, propiciada pelo fator citado acima, mas também porque a “enorme velocidade de reposição tecnológica torna-se um empecilho para aumentar a taxa de lucro: não dá tempo para amortizar o investimento em novas máquinas” (DIERCKXSENS; PIQUERAS, 2018, p.18). Como então, o capital poderia retomar o aumento da taxa de lucro e continuar se reproduzindo, se o seu motor – o trabalho vivo – foi retirado consideravelmente do processo de produção?

A saída encontrada foi a “fuga” do capital do setor produtivo em busca de maiores lucros e uma rentabilidade fácil no setor financeiro, não envolvendo o processo de organização da produção e consequentemente de geração de emprego e renda, promovendo um desemprego estrutural sem precedentes na história.

Portanto, marca-se na atualidade brasileira em consonância com o contexto internacional, a centralidade do capital portador de juros, assumindo o domínio nas relações econômicas e políticas, que torna “possível” dinheiro fazer dinheiro sem passar pelo processo produtivo, distinguindo-se do período pós-guerra quando o capital produtivo estava na centralidade das relações sociais. Esse movimento demonstra a condição parasitária e especulativa do capital, em que seus lucros e acumulação se tornam fictícios (DIERCKXSENS; PIQUERAS, 2018).

Na figura abaixo podemos observar como a partir da década de 1990, com a intensificação da política neoliberal, houve um aumento vertiginoso dos ativos financeiros na economia brasileira em detrimento dos ativos fixos produtivos.

Gráfico 1 - Taxa de financeirização cresce. taxa de acumulação do capital fixo permanece estagnada (em %) (1970-2015) Brasil



Fonte: ANFIP, 2017, p.47.

Isto posto, não podemos elencar a transição demográfica como um problema em si. A realidade é que o projeto macroeconômico atual não é “compatível com as necessidades da maioria da população, num momento em que ocorrem grandes transformações em sua estrutura etária” (ANFIP, 2017, 46).

O ritmo de crescimento econômico compatível com os desafios da transição demográfica é determinado pelas características da estrutura produtiva que depende, por sua vez, e de forma crucial, da alavancagem do setor industrial, atualmente fragilizado no país pelas próprias particularidades do padrão de acumulação vigente. (ANFIP, 2017, P.48).

Realizado esse parêntese, voltemos aos argumentos elencados pela ANFIP para desmistificar que o financiamento da previdência social não é o problema central. No tópico anterior constatamos que a seguridade social é superavitária, ou seja, sobriam recursos se não tivéssemos a DRU e as renúncias tributárias. De onde vem então o fundamento de afirmar que a previdência é deficitária? Ocorre que desde 1989, somente as contribuições dos trabalhadores e dos empregadores sobre a folha de salário são contabilizadas no cálculo do

financiamento da previdência, “nenhum centavo das contribuições arrecadadas através da Cofins, da CSLL e do PIS/Pasep foi incluído como fontes de receita da Previdência” (ANFIP, 2017, p.59).

Considerando, pois, o que reza a CF-88, não faz sentido falar em “déficit” porque existem outras fontes de recursos constitucionalmente asseguradas no Orçamento da Seguridade Social que também financiam a Previdência. Esse suposto rombo de R\$85 bilhões, estimado pelo governo para o exercício de 2015, poderia ter sido coberto com parte dos R\$202 bilhões arrecadados pela Cofins, dos R\$61 bilhões arrecadados pela CSLL e dos R\$53 bilhões arrecadados pelo PIS/Pasep. Haveria ainda os R\$63 bilhões capturados da Seguridade pela DRU e os R\$157 bilhões de desonerações e renúncias de receitas pertencentes ao Sistema de Seguridade Social (ANFIP, 2017, p. 59).

Portanto, com o envelhecimento populacional e conseqüentemente, o aumento dos beneficiários e aposentados, é imprescindível fazer valer o texto constitucional – ampliando as receitas destinadas à previdência social. Outra medida destacada pela ANFIP, é que além das receitas já previstas constitucionalmente, pode-se criar novas fontes de financiamento semelhantes a algumas experiências internacionais.

Por exemplo: diversos países produtores de petróleo instituíram o Fundo Soberano incidente sobre as receitas de Petróleo e Gás que, capitalizados ao longo dos anos, passaram a financiar as políticas governamentais, inclusive políticas de Saúde e de Previdência Social, cujos gastos foram pressionados pela transição demográfica. A experiência da Noruega é exemplar, tendo, inclusive inspirado a constituição do Fundo Soberano Brasileiro (ANFIP, 2017, p.49).

Por fim, em um país de extrema desigualdade social, aonde os 1% mais ricos concentram 28,3% da renda total e os 10% mais ricos concentram 41,9% da renda total no Brasil⁴⁰, é fundamental “mudar a incidência dos impostos, da base salarial, para taxaço sobre a renda e riqueza financeiras” (ANFIP, 2017, p.51) para diminuir os abismos sociais e investir em políticas públicas, como a previdência social. Conforme o Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH) da Organização das Nações Unidas (ONU) divulgado em 2019, o Brasil é 2º país no mundo com maior concentração de renda, perdendo só para o Catar⁴¹.

Sendo assim, efetivamente o que se apresenta como um “problema” para os cofres públicos não é o envelhecimento populacional e em consequência o sistema previdenciário como está posto, mas sim o funcionamento de um sistema que preza pela acumulação do capital à custa dos direitos da classe trabalhadora. Além de o Estado beneficiar o capital através do fundo público, há o incentivo da compra de planos de previdência no mercado. Afinal, a série de

⁴⁰ Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/desigualdade-brasil-tem-a-2a-maior-concentracao-de-renda-do-mundo/>. Acesso em: 01 de maio de 2021.

⁴¹ Idem.

reformas históricas torna a previdência social menos atrativa, principalmente para as camadas dos trabalhadores de maior renda (ANFIP, 2017). “Ou seja, benefícios da seguridade social são transformados em mais um “produto” financeiro, alimentando a especulação financeira, tornando as aposentadorias de milhares de trabalhadores(as) reféns das crises financeiras internacionais” (SALVADOR, 2020, p.384).

A estratégia em tempos neoliberais é uma série de reformas com a retirada de direitos. O desmonte da previdência inicia-se com o governo Collor na década de 1990 até os dias atuais, de forma mais acelerada nos últimos anos.

A primeira mudança nesse sistema ocorre em 1991, no governo Collor. A medida previa que os benefícios levassem em conta a correção monetária [...] No governo Fernando Henrique, em 1998, as mudanças foram maiores: a partir daquele momento, não seria mais considerado o tempo de serviço do trabalhador, e sim o de contribuição para o INSS – definido como 30 anos para mulheres e 35 para homens. Além disso, a reforma do governo FHC também implantou o fator previdenciário, cálculo usado para definir o valor do benefício recebido após a aposentadoria. No governo Lula, as mudanças tiveram como foco o funcionalismo público. Em 2003, a reforma criou um teto para os servidores federais, instituiu a cobrança da contribuição para pensionistas e inativos, e alterou o valor do benefício para tais. Em 2015, o Congresso aprovou durante o governo da presidente Dilma Rousseff outra mudança, que buscava alterar a idade de acesso à aposentadoria integral. A regra de pontos – conhecida como 85/95 – leva em consideração a soma da idade ao tempo de contribuição. Assim, para as mulheres essa soma deveria resultar 85 e para homens 95, para que os trabalhadores tenham direito a receber o benefício integral. Desde o Governo Temer uma reforma da Previdência mais radical tenta ser aprovada. Na época, a conjuntura nacional dificultou a tramitação da proposta na Câmara. Por isso, em 2019, o governo de Jair Bolsonaro tornou prioridade levar a frente à Reforma da Previdência (VASCONCELOS, 2018)⁴².

A última reforma da previdência social aprovada por meio da Proposta de Emenda à Constituição n° 6, de 2019 (PEC 6/2019) no governo Bolsonaro retira direitos fundamentais para milhares de brasileiros. Devido à extensão das alterações, destacaremos apenas algumas que consideramos mais relevantes. A idade mínima para aposentar agora é de 65 anos para os homens e 62 para mulher, sendo que o tempo mínimo de contribuição é de 20 anos e 15 anos, respectivamente. Contudo, o valor do benefício será 60% da média do valor das contribuições de todo o tempo de ativa. “Para ter direito ao valor integral, a partir de agora, trabalhadores devem contribuir por 40 anos. Na prática, o trabalhador e a trabalhadora terão que trabalhar muito mais tempo, além do limite da idade mínima, para ter direito ao valor integral”⁴³. Para aqueles que começarem a contribuir depois da reforma, terá que contribuir por 35 anos (mulheres) e 40 anos (homens) para ter direito a 100% da média dos salários. A elevação da

⁴² Disponível em: <https://www.politize.com.br/historia-da-previdencia-no-brasil/>. Acesso em 22 de dezembro de 2019.

⁴³ Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/10/22/reforma-da-previdencia-e-aprovada-e-aposentadoria-fica-mais-dificil-para-trabalhador>. Acesso em 06 de maio de 2021.

idade e diminuição do benefício assistencial “pode pôr uma parcela da população mais vulnerável numa condição de total desproteção social” (ANFIP, 2017, p. 95).

Contraditoriamente a fase da velhice que normalmente representa uma maior quantidade de gastos em consequência de doenças, remédios, alimentação e ainda filhos e netos dependentes financeiramente, os rendimentos têm sido cada vez mais escassos comparados aos recebidos na vida ativa devido às reformas previdenciárias, prejudicando profundamente o envelhecimento digno e com qualidade de vida.

De acordo com a pesquisa realizada pelo Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas (FGV Social) em 2020⁴⁴, as pessoas idosas constituem-se como chefe de família ou pessoa de referência em 19,3% dos domicílios brasileiros. Os dados refletem a importância da renda da população idosa para sobrevivência dos seus membros familiares, já que no ano de 2020 o desemprego marcou o recorde de 14,6%⁴⁵. Junto a esse fator, temos 41,6% dos/as trabalhadores brasileiros/as em empregos informais, que certamente provocará impactos nas aposentadorias dos futuros idosos, considerando a diminuição das contribuições na previdência social.

A insuficiência financeira da aposentadoria tem gerado uma procura e permanência em atividades laborais em sua maioria em precárias condições (SANTOS et al., 2017). “O retrato da velhice do trabalhador pobre está longe da propagada idade do lazer” (SANTOS et al., 2015, p.90). Marca-se, portanto, para a maior parcela da classe trabalhadora um envelhecimento desumano e desprotegido em suas necessidades mais básicas.

Neste contexto de ultraneoliberalismo o movimento dos trabalhadores é crucial para resistir a mais retirada de direitos. Retrocessos de notáveis impactos ocorreram para a classe trabalhadora, em contrapartida, foi possível resistir a mudanças propostas pelo atual governo, como a regra de capitalização individual, e a aprovação da regra que permitia diminuir os benefícios para idosos e deficientes carentes para valores menores que um salário-mínimo.

1.3.2 Entre a assistência social e a filantropia

Até a promulgação da CF de 1988 a assistência social no Brasil era encarada como benesse, isto é, aqueles que necessitavam de serviços sociais básicos ficavam à mercê da caridade e

⁴⁴ Disponível em: <https://cps.fgv.br/covidage>. Acesso em 26 de fevereiro de 2021.

⁴⁵ Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/audios/2020/11/desemprego-bate-recorde-e-atinge-14-1-milhoes-de-pessoas>. Acesso em 26 de fevereiro de 2021.

filantropia, realizadas principalmente por instituições religiosas. A assistência às pessoas consideradas idosas também estavam vinculadas a essa lógica (BERZINS, et.al, 2016).

Apenas aqueles que possuíam empregos regularizados e reconhecidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) eram contemplados com políticas sociais, sendo excluídos os/as trabalhadores que a vida inteira não tiveram trabalho formal. Exemplo disso era o benefício previdenciário Renda Mensal Vitalícia⁴⁶ (RMV), criado pela Lei nº 6.179/74, voltado para pessoas maiores de 70 (setenta) anos de idade e pessoas com deficiência incapacitadas para o trabalho. O pré-requisito para concessão do benefício era possuir rendimento de até 60% do salário mínimo, não ter condições de ser mantido pela família e:

- I - Tenham sido filiados ao regime do INPS, em qualquer época, no mínimo por 12 (doze) meses, consecutivos ou não, vindo a perder a qualidade de segurado; ou
- II - Tenham exercido atividade remunerada atualmente incluída no regime do INPS ou do FUNRURAL, mesmo sem filiação à Previdência Social, no mínimo por 5 (cinco) anos, consecutivos ou não; ou ainda
- III - Tenham ingressado no regime do INPS após completar 60 (sessenta) anos de idade sem direito aos benefícios regulamentares (BRASIL, 1974).

Outras ações pontuais para população idosa carente eram realizadas pelo programa de amparo à velhice da antiga Legião Brasileira de Assistência Social (LBA), criada em 1942 pela primeira-dama Darcy Vargas. “A L.B.A. se torna uma sociedade civil de finalidades não econômicas, voltadas para ‘congregar as organizações de boa vontade’. Aqui a assistência social como ação social é ato de vontade e não direito de cidadania” (SPOSATI, 1992, p.20). Destacamos que em 1969 a LBA é vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social e é nesse período histórico que se iniciam os trabalhos de grupos de convivência.

Somente após a carta magna a assistência social é reconhecida como dever do Estado e direito social daqueles que necessitam, sem prévia contribuição e passa a compor o tripé da seguridade social.

De acordo com o Estatuto do Idoso, as ações da política de assistência social às pessoas idosas serão realizadas de forma articulada, conforme princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), na Política Nacional da Assistência Social (PNAS), no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e outras normativas (BRASIL, 2003).

A LOAS, regida pela lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, constitui-se num marco importante para a população idosa. Além de vários benefícios, serviços, programas e projetos

⁴⁶ A RMV é um benefício em processo de extinção, mantido apenas para aqueles que já eram beneficiários até dezembro de 1995.

assistenciais que a pessoa idosa, a partir dos critérios de seletividade passa a ter acesso, também é instituído o Benefício de Prestação Continuada (BPC), em substituição ao RMV, no valor de um salário mínimo mensal para a pessoa com mais de 65 anos que não possua renda suficiente⁴⁷ para manter a si mesmo e à sua família. “Em mais de 70% dos casos direcionados ao sustento da família, representa, para a população idosa, o principal programa de prestação social operado por meio de transferência de renda” (GOMES, 2009, p.18). De 1996 a 2014 observou-se um “aumento de mais de quatrocentas vezes no número de concessões do benefício” (BERZINS et al., 2016, p.116), resultando em um impacto positivo para a população idosa do país, no combate à pobreza e redução da vulnerabilidade desse segmento e também para seus familiares dependentes.

A renda entre idosos ao longo da década de 1990 e anos 2000, com a constituição federal de 1988 e legislações complementares na Assistência Social e Previdência Social, melhorou bastante, bem como modificou a incidência da pobreza. Barros et al (1999) destacam que a pobreza é maior entre os não idosos do que entre os idosos, fato que se atribui ao acesso a esses mínimos sociais. Para os maiores de 60 anos, no Brasil, a percentagem de pobres oscilava entre 20% e 25%, contra 30% dos não idosos. Os gráficos analisados pelos autores revelam ainda que a contribuição da renda dos idosos reduz a pobreza dos não idosos, à medida que, se os idosos não tivesse renda, 42% dos não idosos seriam pobres. Logo, na falta de renda própria, o grau de pobreza dos idosos e daqueles que vivem em famílias com idosos seriam ainda maior (TEIXEIRA, 2017, p.42).

Todavia, conforme publicação da Folha de São Paulo⁴⁸, a partir de 2019 com o governo de Jair Bolsonaro houve uma queda de pessoas idosas atendidas pelo BPC na contramão de um contexto de aumento de pessoas a partir de 65 anos e de aumento da desigualdade social. No final de 2019 a cobertura foi de 2,023 milhões de idosos, retornando ao patamar de 2017 quando 2,022 milhões receberam o benefício. Em 2018, foram 2,049 milhões atendidos. Ainda de acordo com a matéria, 150 mil solicitações do benefício não foram sequer analisadas. Houve ainda uma tentativa do ministro da economia Paulo Guedes alterar o valor do benefício para R\$400,00, porém – por enquanto – o congresso resistiu a partir da pressão popular.

No que tange à competência da política social de assistência social na PNI, Berzins et al. (2016, p.110) revelam que na maior parte dos municípios brasileiros, “a gestão da política destinada às pessoas idosas permanece vinculada às secretarias de assistência social, que têm

⁴⁷O critério para acesso é que a renda mensal per capita familiar seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo.

⁴⁸ <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2019/10/assistencia-a-idoso-carente-tem-o-primeiro-recuo-da-historia.shtml>. Acesso em 18 de março de 2021.

como recorte a vulnerabilidade social, não contemplando as demais necessidades do segmento idoso”. Ou seja, há uma carência de serviços específicos para a população idosa.

A PNAS prevê ações e atendimentos nos domicílios de idosos que possuem algum grau de dependência, na perspectiva de prevenção e garantia de direitos, o que poderia prevenir a institucionalização: “o atendimento caracteriza-se pelo apoio ao idoso e a sua família, identificado pelas equipes do CRAS⁴⁹, que em uma ação integrada com outras políticas públicas atendem a pessoa idosa, na perspectiva da permanência no domicílio” (GOMES, 2009, p.22). Todavia, identifica-se a falta desse e de outros serviços da proteção básica⁵⁰ e proteção especial de média complexidade que promovam suporte familiar na atenção a esse/a idoso/a como: centros de cuidados diurnos ou centros dias, centros de convivência, oficinas abrigadas de trabalho, e outros (BRASIL, 1994). “O que se verifica é que tal política direciona-se essencialmente para a formação de grupos de convivência, o que não é suficiente para dar conta da demanda de atendimento, nem para apoiar as famílias com idosos frágeis” (BERZINS et al., 2016, p.126).

Conforme a Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001, que prevê normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, os centros dias - previsto na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso – “caracteriza-se por ser um espaço para atender idosos que possuem limitações para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD), que convivem com suas famílias, porém, não dispõem de atendimento de tempo integral, no domicílio” (p.45). É um serviço da proteção especial de média complexidade da assistência social que atende as necessidades da pessoa idosa de forma integral.

No centro-dia, o idoso com vínculo familiar fica durante o dia em uma unidade na qual são prestados alguns serviços de cuidado, de saúde e oferecidas atividades de lazer e cursos diversos. O idoso retorna para casa para passar a noite. Essa modalidade de serviço tem sido vista como uma melhor alternativa à residência institucional por não haver quebra de vínculos familiares (CAMARANO, 2010, p.86).

Em 2005 foi elaborado um plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, resultado de uma parceria entre o governo federal, Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos (CNDI) e dos movimentos sociais. Uma das ações estratégicas no enfrentamento é a criação de centros dias, ou seja, ressalta-se a importância desse serviço na rede de assistência como forma de atendimento às necessidades da pessoa idosa em situação de vulnerabilidade,

⁴⁹ Centro de Referência de Assistência Social.

⁵⁰ “A proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários” (BRASIL, 2005, p.33).

mas também como apoio às famílias. “Apesar de estar previsto em Portaria, reiterado pelo Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, fato é que, desde 2005, o serviço de atendimento em centro-dia não é objeto de regulação no campo da Assistência Social” (NERIS, 2011, p.105, 106). Assiste-se, portanto, uma carência enorme desse serviço na modalidade pública e filantrópica. No Espírito Santo o serviço só existe na modalidade particular.

É nessa circunstância que as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's), de natureza filantrópica e pública, entram em cena como única saída para esses/as idosos/as que a família não possui condições de oferecer os cuidados diários necessários e também para aqueles que sofrem diversos tipos de violação de direitos. Compondo a rede de proteção especial da assistência social, as ILPI's têm sido cada vez mais requisitadas.

Como constatamos na introdução, no Espírito Santo existem apenas 2 ILPI's públicas, as demais são privadas (filantrópicas e com fins lucrativos). A contradição que se coloca é que a filantropia é movida por um dever moral de ajuda, enquanto a política de assistência social deve basear suas ações pela perspectiva do direito. Historicamente, se perpetua essa relação entre o poder público e as entidades não governamentais, em que a “prática assistencial implementada pelas organizações não-governamentais e, em grande parte, também pelas governamentais, não se pautava por uma direção teórica e política que a concebesse como política pública e dever estatal” (BOSCHETTI, 2003, p.136).

Mesmo com a inclusão da política de assistência social como um direito, há a previsão legal de que as organizações não governamentais possam compor a política e receber recurso público. Isto significa que mesmo com essa inclusão, não houve uma estatização e laicização das ações assistenciais (BOSCHETTI, 2003), assim, o Estado continua tendo papel secundário ao trabalho executado pelas entidades filantrópicas (COUTO, 2004).

A razão jurídica aceita, assim, a coexistência de uma razão filantrópica, admitindo que os princípios fundadores do serviço público, como a continuidade, sistematicidade, neutralidade e igualdade podem (e devem) ser compatíveis com a compaixão inerente à ação caritativa e filantrópica (BOSCHETTI, 2003, p.140).

Por haver na atualidade uma intensificação das medidas neoliberais em favor do capital, verifica-se uma requisição da sociedade civil para atender necessidades básicas dos mais pobres e miseráveis. O apelo moral é realizado através do discurso da solidariedade e benevolência, ocorrendo o processo de refilantropização com o alargamento de organizações não governamentais. Romero (1998) destaca que há por parte da sociedade uma legitimidade

na satisfação das necessidades sociais, contudo não há o reconhecimento de que somente o Estado possui a função de realizar essa tarefa. Assim, a sociedade centrará esforços para satisfazê-las na contramão da lógica dos direitos previstos na constituição e nas legislações posteriores, resgatando práticas do passado.

Desse modo, se o indivíduo que possui condições financeiras, poderá pagar pelo serviço que necessita no âmbito privado, caso contrário o acesso ao direito fica a mercê da benevolência da sociedade. A sociedade civil, portanto, retoma o papel de responsável por atender as demandas sociais. No capítulo 3 observaremos que essa prática é comum no âmbito das ILPI's.

A seletividade também tem sido uma característica predominante na política de assistência social, os direitos são limitados a fornecer o mínimo necessário para sobrevivência do indivíduo e os que recebem são àqueles em extrema vulnerabilidade (BOSCHETTI, 2003). “A seletividade é orientada por uma perspectiva que alia assistência a pobreza absoluta, limitando-a a ações minimalistas (...). Ao invés de voltar as ações para desenvolvimento das necessidades humanas básicas, limita-as aos mínimos sociais” (BOSCHETTI, 2003, p.83).

A universalização de bens, serviços e direitos com a finalidade de reduzir a desigualdade social brasileira, deveria ser o caráter da política. Boschetti (2003) ressalta que a universalidade não significa a garantia de direitos assistenciais para pobres e ricos, de forma indiscriminada. A seletividade e a focalização das ações não são capazes de reduzir a desigualdade, e excluem “usuários a quem o direito deveria estar sendo assegurado” (p.83).

Outra herança conservadora que permanece no seio da política é o modelo meritocrático-particularista, que se baseia na defesa que o indivíduo consegue sair da pobreza e resolver suas próprias necessidades a partir do trabalho e de seu próprio mérito (OLIVEIRA, 2003). Por fim destacamos também a incidência do clientelismo na Assistência Social que pode ser caracterizada como uma “cultura que fragiliza a ideia do direito e fortalece a ideia da dádiva e do favor” (OLIVEIRA, 2003,p.24).

Concordamos com Boschetti (2003) que as mudanças previstas na CF e na LOAS são incapazes por si só de alterar essas práticas seculares. Insta, portanto, a participação da sociedade civil nos espaços de controle social e de formulação, execução e avaliação da política de assistência social em todos os níveis da federação.

1.3.3 Entre a saúde pública universal e o mercado

O movimento de Reforma Sanitária iniciado na década de 1970 possuía como pauta a melhoria das condições de saúde da população brasileira, já que até então apenas os contribuintes da previdência social eram cobertos pela saúde pública. Os demais dependiam da caridade e da filantropia.

Aos indivíduos excluídos do mercado formal de trabalho, uma dupla penalidade: além da privação de melhores condições de trabalho associadas ao registro em carteira, a exclusão da cobertura médico-hospitalar, assistencial e previdenciária. Restava-lhes disputar com os mais pobres e indigentes a rede de assistência ofertada pelas Santas Casas de Misericórdia (BRASIL, 2013, p.21) ⁵¹.

Matos (2014) apresenta como marco do movimento o I Simpósio Nacional de Política de Saúde realizado em 1979 e a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, onde a produção do relatório final serviu como base para discussão sobre a saúde na Assembleia Nacional Constituinte. Por conseguinte, fruto da intensa luta do movimento, a Constituição Federal de 1988 regulamentou a saúde como direito de todos e dever do Estado, além de instituir o Sistema Único de Saúde (SUS) ⁵² que prevê a implementação de uma rede de serviços públicos, fundamentada em uma concepção ampliada de saúde e de acesso universal.

No que tange às ações da política de saúde voltada para a população idosa, o marco regulatório foi à promulgação da Portaria nº 1.395, em dezembro de 1999, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso e que posteriormente foi regulamentada pela portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, definindo diretrizes para o envelhecimento saudável, conforme abaixo citadas:

a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006).

Destacamos em especial a diretriz que trata sobre a consolidação de um modelo assistencial de saúde baseado na integralidade da ação. Compreendemos que para esse fim é necessário

⁵¹ Publicação nomeada Financiamento Público de Saúde que resulta da parceria entre o Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID) do Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS).

⁵² Regulamentado pelas Leis 8080/90 e 8142/90.

que se considere o contexto social e de vida em que a pessoa idosa está inserida, além das “suas relações sociais, representações sobre velhice, saúde e doença, potencialidades, recursos e acessos às políticas públicas” (BERNARDO, 2014, p. 318). Concordamos com a autora (ibid) que enfrentar o envelhecimento com declínio fisiológico em uma situação de pobreza e falta de acesso a políticas sociais “implica danos evitáveis maiores do que, de modo geral, os vividos por idosos em condições de vida satisfatórias e acesso a equipamentos de saúde adequados” (p.319). Por isso a relevância da intersetorialidade das ações no atendimento às necessidades desse indivíduo.

Outro avanço foi a criação, em 2006, da “caderneta de saúde da pessoa idosa”, que tem como objetivo identificar nesse segmento aqueles em risco de fragilização ou já fragilizado/a, além de auxiliar no planejamento de ações em conformidade com as necessidades mais próximas da realidade dessa população (CASTRO, 2017). Ainda em 2006 houve a edição do “caderno de atenção básica em envelhecimento e saúde da pessoa idosa” que objetiva “propiciar subsídios teóricos e metodológicos para que os profissionais de saúde possam prestar atendimento mais resolutivo aos problemas identificados” (CASTRO, 2017, p.163).

Apesar dos avanços, ainda há no Brasil a falta de serviços na atenção primária com o enfoque na prevenção de doenças e na promoção de saúde, o que acarreta em maiores custos com a procura da população idosa em serviços de internação hospitalares com períodos longos (CASTRO, 2017). A atenção básica deveria ser implementada “tal como expressa os documentos legais de atenção à saúde do idoso, como a porta de entrada para as demandas dessa população e o local privilegiado para as ações capazes de contribuir para uma velhice com maior qualidade” (CASTRO, 2017, p.168).

O Programa Saúde da Família (PSF)⁵³ criado em 1994, constitui-se como principal estratégia da atenção básica de saúde, e possui como fundamento uma ação preventiva, identificando as necessidades de saúde da população do território em que faz parte. Normalmente, o território abrange de 600 a 1000 famílias, correspondendo a 2400 a 4500 habitantes. A previsão é que cada território seja atendido por uma equipe de profissionais do PSF, compostos por pelo menos: um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e aproximadamente cinco agentes comunitários de saúde (MONNERAT, et. al., 2006).

⁵³ Atualmente o PSF é conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), já que há a compreensão que deve ser uma atividade permanente e não com início, desenvolvimento e fim, característica de um programa.

Conforme orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o PSF é responsável pela atenção à saúde as pessoas idosas que estão na sua abrangência, inclusive, aquelas que encontram-se nas ILPI's. Ou seja, o idoso que reside na ILPI, usufrui os mesmos direitos que os outros idosos que moram naquele território. Esse atendimento deve ser proporcionado através de ações intersetoriais entre o PSF e a ILPI, visando a manutenção e à recuperação da saúde dos idosos institucionalizados. Verificaremos no capítulo 3 como essas ações ocorrem no âmbito das ILPI's filantrópicas e públicas do ES.

Observamos que, o programa foi implementado imerso “a uma variedade de contextos marcados pelas profundas desigualdades sociais, econômicas e regionais que moldam a realidade brasileira, forjando um cenário complexo e heterogêneo e abrindo espaço para as mais diversas experiências de implantação do PSF” (MONNERAT, et. al., 2006,p.98). Dessa forma, é perceptível um maior sucesso do programa em algumas regiões e de outro lado, a precarização da qualidade dos serviços ofertados em outras áreas.

Além disso, conforme aponta Monnerat (et. al., 2006), o programa tem caminhado para uma direção contrária do que é previsto no SUS, principalmente no que tange ao princípio da universalidade, já que tem realizado “uma espécie de cesta básica para o setor, destinada aos segmentos mais pobres da população” (p.107). Esse fato é reflexo do ínfimo recurso que é desatinado a saúde, atendendo as recomendações de contenções de gastos públicos realizadas pelas agências multilaterais, como FMI e Banco Mundial (et. al., 2006).

Cabe ressaltar que de acordo com o Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil⁵⁴ publicado em 2018, aproximadamente 75% da população idosa brasileira “dependem exclusivamente dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda segundo o levantamento, 83,1% realizaram pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses”. Quanto aos principais problemas de saúde apresentados por essa população, destaca-se que 24,6% das pessoas idosas possuem diabetes, 56,7% tem hipertensão e o principal fator de internação são as doenças do aparelho circulatório⁵⁵.

No caso da doença de Alzheimer, demência que mais comumente afeta a população idosa (algo em torno de 50% dos casos de demências), foi criada a Portaria nº 703/GM/ 2002. Esta propõe um programa de assistência aos portadores dessa doença e suporte a seus familiares dentro do âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Porém, até o momento, praticamente não saiu do papel, à exceção da distribuição

⁵⁴ <https://www.folhavoria.com.br/saude/noticia/10/2019/cerca-de-75-dos-idosos-brasileiros-dependem-exclusivamente-dos-servicos-prestados-no-sus>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2021.

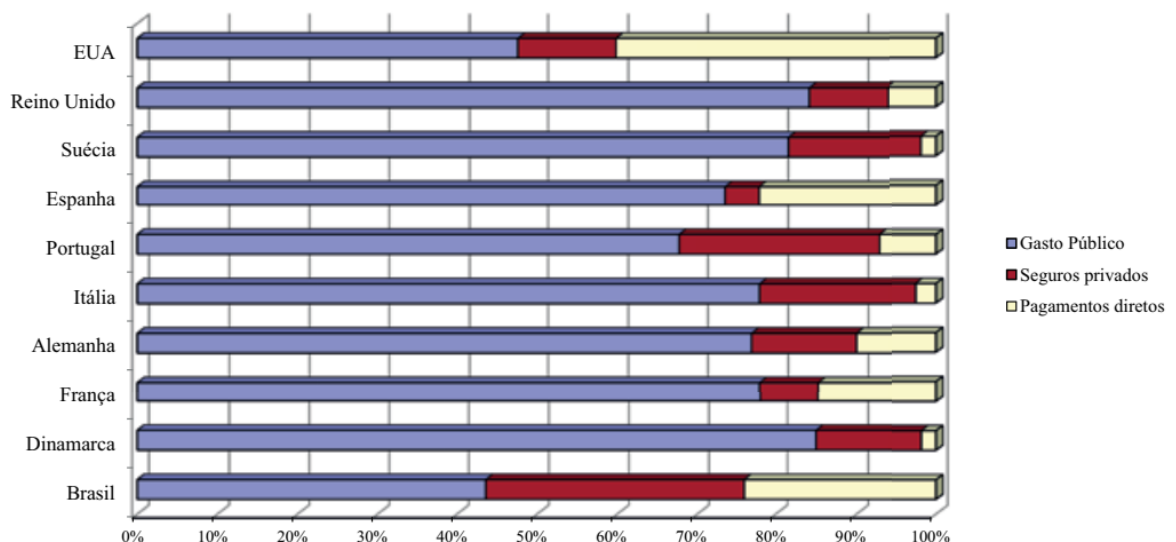
⁵⁵ Ibid.

gratuita de medicamentos, que, mesmo assim, ocorre de forma irregular (SANTOS; et al, 2015, n.p).

Desse modo, o Brasil vive uma verdadeira lacuna entre a realidade legal e a garantia efetiva, em que as políticas sociais estão a cada dia mais subordinada à lógica econômica, transmutando os direitos conquistados em mercadorias geradoras de lucro para o capital. Behring (2016, p. 20) aponta que há um ataque ao SUS a partir dos planos privados e da defesa de um “Plano de Saúde Popular para canalizar recursos públicos para o setor privado e fortalecer a concepção de saúde como mercadoria, além de desfinanciar o SUS”.

Sobre as despesas em saúde no Brasil do setor público e privado, abrangendo os gastos realizados de forma direta pelas pessoas, verificamos através do estudo realizado pela Contas-Satélites de Saúde (entre 2007 e 2009), que de 8,5 do PIB apenas 3,5% são do setor público. Ou seja, mesmo o Brasil tendo um sistema gratuito e universal, o setor privado movimentou maior quantidade de recursos. Como podemos visualizar no gráfico abaixo, o Reino Unido que possui um sistema público parecido com o Brasil, movimentou no setor público 85% do total de recursos gastos em saúde. Quem analisa somente o gráfico pode suspeitar que o Brasil de fato possua um sistema universal gratuito, já que os dados do Brasil se assemelham mais aos dos EUA – que possui um modelo praticamente todo privado (BRASIL, 2013).

Gráfico 2- Composição percentual do gasto em Saúde do Brasil e de alguns países da OCDE, relativamente ao financiador (público, seguro privado e pagamento direto), 2009

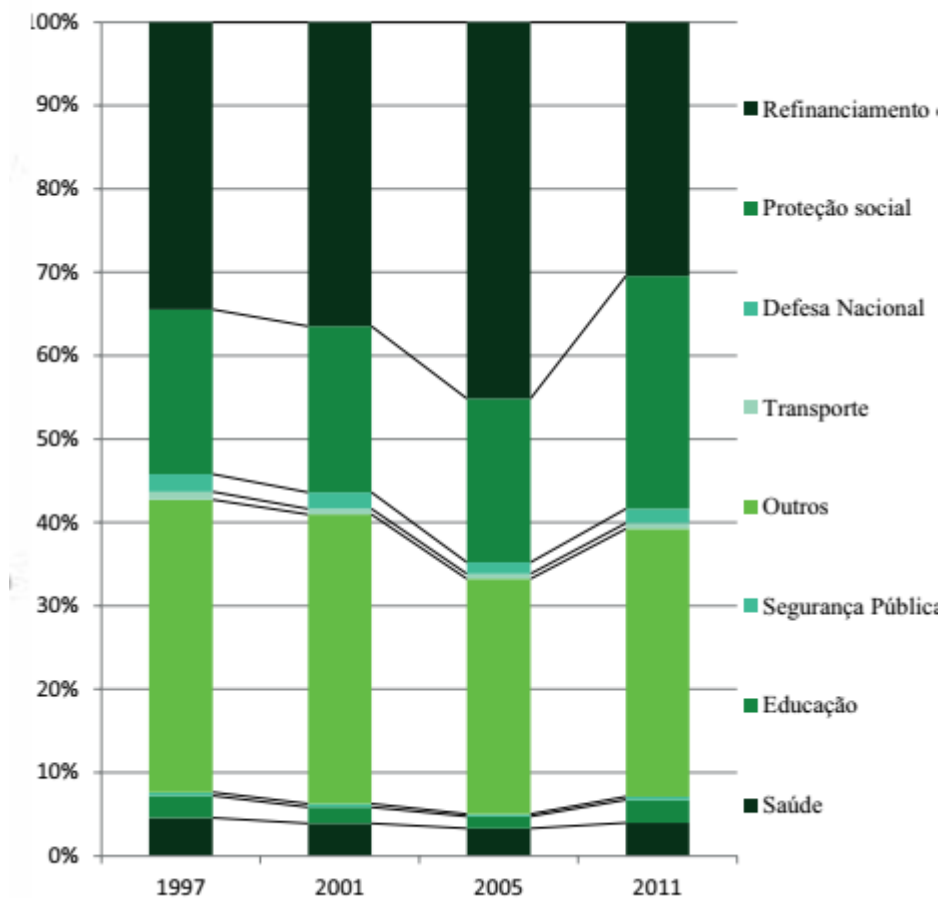


FONTE: Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (BRASIL, 2013, p.14).

Em 2019, o economista sênior Edson Araújo do Banco Mundial declarou que o SUS não é sustentável e defendeu o fim da universalidade, alegando que “a capacidade de arrecadação

do governo não permite dar tudo para todos”⁵⁶. Os recursos do SUS, conforme apontado na constituição federal, são fruto do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e “até que a regra de financiamento para a União fosse explicitada por lei complementar, a Saúde deveria ficar com 30% desse orçamento. Porém, na prática, este repasse nunca ocorreu” (BRASIL, 2013, p.10). O gráfico abaixo demonstra que os recursos destinados à Saúde comparados a outros setores são muito pequenos. Não obstante, o refinanciamento da dívida pública é proporcionalmente maior. Em média, durante o período estudado, os gastos destinados à seguridade social foram de 26%, o que inclui a saúde com apenas 3,9%. Já para o pagamento dos juros e amortização da dívida pública foi alocado 37% (BRASIL, 2013). Esse fato demonstra a falácia da não existência de recurso, e que a prioridade do Estado brasileiro não é a execução de um verdadeiro sistema universal público de saúde de qualidade, mas garantir a estabilidade financeira dos rentistas nacionais e internacionais.

Gráfico 3 - Proporção de despesas federais do Brasil, por função



FONTE: Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (BRASIL, 2013, p.13).

⁵⁶ <https://www.camara.leg.br/noticias/554910-banco-mundial-diz-que-sus-nao-e-sustentavel/>. Acesso em 26 de abril de 2021.

Agravando ainda mais o quadro de escassez de recursos para a saúde, a Emenda Constitucional n.º 95, já citada, impede até 2036 o aumento de gastos com o setor. A EC desobriga, portanto, o gasto mínimo de 15%⁵⁷ da receita da União com a saúde, já que se baseia nos valores gastos no ano anterior acrescido apenas da inflação. “Por conta disso, aponta o pesquisador, mesmo que a receita da União tenha crescido, em 2019, cerca de 27% em relação a 2016, não houve um crescimento compatível na Saúde”⁵⁸. Podemos afirmar que houve uma redução de aproximadamente R\$20,19 bilhões nos recursos para saúde, pois “se em 2019, o governo tivesse aplicado o mesmo patamar que aplicou em 2017, 15% da receita corrente líquida de cada ano, a Saúde teria um orçamento de cerca de R\$ 142,8 bilhões em 2019 – e não R\$ 122,6 bilhões aplicados”⁵⁹.

O cenário que se apresenta, portanto, se coloca na contramão do projeto proposto pela Reforma Sanitária, na medida em que se caracteriza pela mercantilização da saúde pública e responsabilização da classe trabalhadora pelos custos da crise beneficiando a acumulação do capital. No que se relaciona à pessoa idosa a família é requisitada como principal responsável pelo cuidado, “em um panorama complexo, delineado por um quadro de limitações crônicas” (CASTRO, 2017, p.174) que deveriam ser atendidas por uma atenção especializada.

O discurso oficial disseminado é o de que o envelhecimento aparece como um dos fatores a onerar o sistema de saúde pública, justificando, portanto, o processo de mercantilização do mesmo. Nesse contexto, “a longevidade admitida como boa é a que não põe em risco o bem-estar do idoso e o dos seus familiares e nem desestabiliza as finanças da sociedade e, assim, o bem-estar das novas gerações” (NERI, 2015, n.p).

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde se coloca como um movimento de resistência a esse quadro e faz um importante tensionamento na defesa por uma rede pública estatal de serviços de saúde, além de outras bandeiras importantes de fortalecimento do SUS.

O que é nítido com a trajetória das políticas sociais é que as necessidades da população são incompatíveis com o processo de acumulação do capital, sendo “um obstáculo para os interesses do capital em geral e do capital dito financeiro em particular” (MARQUES, 2015, p.7). Se em algum momento houve avanço no campo dos direitos sociais, isso decorreu sem

⁵⁷ A emenda constitucional nº86, de 17 de março de 2015, estabelece 15% (no mínimo) da receita corrente líquida da união do respectivo exercício financeiro em despesas com saúde.

⁵⁸ Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/02/21/orcamento-da-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-conta-da-emenda-do-teto-de-gastos>. Acesso em: 07 de maio de 2021.

⁵⁹ Idem.

abalar as estruturas da classe hegemônica. Sabemos, portanto, que a proteção integral em todas as multidimensões da vida só é possível em uma nova sociedade, geradora de uma sociabilidade em que não haja relações de exploração entre classes.

Uma nova sensibilidade capaz de valorizar o ser humano, *inclusive o ser social que envelhece*, como destaca Antunes (2000), só é verdadeiramente possível por meio da demolição das barreiras existentes entre tempo de trabalho e tempo de não trabalho, impostos pela ordem do capital, com o fim da divisão hierárquica que subordina o trabalho ao capital, logo, em bases inteiramente novas e fundadoras de uma nova sociabilidade capaz de gerar atividade vital cheia de sentido, autodeterminada (TEIXEIRA, 2017, p.48, grifo nosso).

No atual sistema brasileiro as políticas sociais são limitadas, “por serem incapazes de promover o bem-estar mais global dos trabalhadores e suas famílias, de outro lado, por raramente conseguirem ser efetivas, ainda que restritas” (COIMBRA, 1987, p.89). Evilásio Salvador no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) no ano de 2019, falou sobre a impossibilidade do Welfare State na periferia do capitalismo, a exemplo do Brasil, e como a luta por políticas sociais na sociedade burguesa possui muitos limites, apontando que no capitalismo o caminho que estamos percorrendo é o da barbárie para classe trabalhadora.

Na mesma medida, Behring (2016, p.21) destaca que a conjuntura é de “uma política social ainda mais residual, ultraliberal e neoconservadora. É um processo de ajuste fiscal e corte de recursos, mas também de alteração da concepção e da perda do pouco que se avançou”. Concordamos com a autora que a partir de 2018 “estariamos numa espécie de retomada da programática mais dura do Consenso de Washington⁶⁰ (de 1993)” (BEHRING, 2018, p.62).

Apesar de reconhecermos os limites das políticas sociais, também identificamos um campo importante de correlações de forças em prol do fundo público que pode tensionar a luta de classes. Assim, a luta da classe trabalhadora em resistência ao desmantelamento das políticas sociais e por “saúde pública e gratuita, educação pública e gratuita em todos os níveis, moradia popular de qualidade, transporte com tarifa zero, lazer, envelhecimento digno, com aposentadorias condizentes e solidariedade intergeracional” (BEHRING, 2016, p.26) pode fortalecer a classe trabalhadora para o caminho de uma sociedade sem classes.

No decorrer do capítulo identificamos que o envelhecimento populacional já é um fato em países periféricos como Brasil e vem ocorrendo de forma muito acelerada. Em uma sociedade de classes, pontuamos que a velhice da classe trabalhadora possui especificidades,

⁶⁰ Conjunto de dez medidas neoliberais que serviram como receituário para os países em desenvolvimento.

principalmente quando falamos da fração mais pobre da população, que vivenciou o trabalho desprotegido e em condições precárias ao longo de sua trajetória. Podemos afirmar, a partir da realidade de extrema desigualdade do Brasil, que a maior parte dos velhos/as encontram-se nessa fração que não recebem atendimento em suas necessidades mais básicas.

Em um contexto de transição demográfica, o Estado - que deveria proporcionar e avançar em políticas públicas para a população que envelhece - tem direcionado suas ações em benefício ao capital, onde grande parcela do fundo público é apropriado pela classe burguesa e os direitos conquistados pela classe trabalhadora são desmantelados. Como vimos, os direitos no campo da previdência social estão sendo duramente atacados, com sucessivas reformas, promovendo profundo impacto nas condições de vida e financeiras dos velhos/as desse país. No que tange ao perfil dos usuários das ILPI's filantrópicas e públicas, perceberemos nos próximos capítulos que são as pessoas idosas mais carentes, que possuem benefícios previdenciários e assistenciais com valores baixos e insuficientes para manter-se, que vão demandar a institucionalização.

Sobre a interface das políticas de assistência social e saúde, objeto de nossa análise, também identificamos a redução de financiamento e o desmonte que tem sido realizado. É neste contexto em que se encontram as ILPI's filantrópicas e públicas na política de assistência, com ínfimos recursos, e assentada na lógica da filantropia e não da política pública, contrapondo o ideário do direito a assistência proposto na constituição. Desta forma, nossas análises posteriores tentarão perceber como os/as velhos/as institucionalizados/as tem acessado a política de saúde, e, por conseguinte, se o direito a integralidade no atendimento de suas necessidades tem sido atendidas.

CAPÍTULO 2. IDOSOS/AS COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL: POSSIBILIDADES E DESAFIOS NO CUIDADO DE LONGA DURAÇÃO

No presente capítulo, trataremos no primeiro tópico sobre a trajetória histórica das ILPI's, destacando suas principais características. Ainda, analisaremos as legislações que versam sobre a temática das ILPI's, incluindo a participação do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos do ES no acompanhamento e regulação do serviço no âmbito do estado.

No tópico seguinte avaliaremos se a família brasileira poderá continuar sendo central no cuidado dos idosos que possuem seqüelas funcionas e por isso, comprometimento nas atividades de vida diária. Também abordaremos qual deve ser a responsabilidade do Estado, no que tange a política de cuidado de idosos que possuem essa perda de autonomia.

Por fim, a partir da constatação da falência do modelo tradicional de cuidado no âmbito familiar, visitaremos no último eixo, algumas experiências e alternativas que fogem desse modelo e que se constituem como iniciativas importantes para compor a rede de serviços ofertados para população idosa mais vulnerável.

2.1 O surgimento dos asilos e as Instituições de Longa Permanência para Idosos na realidade brasileira atual

A instituição asilar é a modalidade mais antiga de atendimento aos idosos carentes e em situação de dependência. O primeiro registro de instituição para velhos foi em 534 a.c na Grécia Antiga e se chamava “gerontocômio”. Já no mundo ocidental o Papa Pelágio (520-590) transformou sua própria casa em um gerontocômio, atendendo também às necessidades de saúde dos mais velhos que abrigava (REZENDE, 2002).

Na idade média, por volta do século X, outro registro de instituição que abrigava idosos foi na Inglaterra, as chamadas almshouses, que eram casas construídas junto aos monastérios e atendiam idosos desamparados, mas também deficientes, viajantes e pessoas em situação de rua. O recurso principal das almshouses eram doações, e por isso, aos benfeitores era dado o poder de eleger os beneficiados (CANNON, 2004). Destacamos que nessa época a parcela populacional de pessoas velhas era muito pequena e por isso não era comum encontrar instituições que atendessem exclusivamente esse público.

As Santas Casas de Misericórdia no Brasil tiveram grande destaque no atendimento das necessidades dos mais pobres e desprotegidos a partir do século XVI, ainda na época colonial. A primeira Santa Casa foi fundada em Portugal, em 1498, e tinha como proposta realizar “obras de misericórdia” com fundamentos na doutrina cristã, entre delas: “visitar os enfermos e os presos, remir os cativos, vestir os nus, dar de comer aos famintos e de beber aos sedentos, abrigar os viajantes e enterrar os mortos”⁶¹. No Brasil, as ações tinham orientações semelhantes, e os primeiros Estados a fundarem⁶² foram: São Paulo, Bahia, Espírito Santo, Pernambuco e Rio de Janeiro.

Uma vez criadas, passaram a se dedicar ao atendimento aos enfermos e, em alguns casos, em mais de uma direção, ou seja, no amparo à **velhice**, à criança, aos hansenianos, à educação entre outras. Cabe destacar que, na maioria dos continentes e países onde foram fundadas, as Misericórdias se anteciparam às atividades estatais de assistência social e à saúde. No Brasil, e em alguns outros países, também foram as responsáveis pela criação de alguns dos primeiros cursos de Medicina e Enfermagem, como é o caso daquelas fundadas na Bahia, São Paulo, Rio de Janeiro, Vitória e Porto Alegre. Atualmente, as Santas Casas são responsáveis pelo maior número de residências médicas, contribuindo com a formação dos profissionais da medicina⁶³ (grifo nosso).

No Brasil, foi no Rio de Janeiro que tivemos a primeira instituição que atendia os mais velhos. Em 1797, o conde Rezende fundou “a casa dos inválidos” em uma chácara, com a intenção de proporcionar uma velhice confortável para os soldados velhos, “não como ação de caridade, mas como reconhecimento àqueles que prestaram serviço à pátria” (ARAÚJO, 2010, p.252).

Cruz (2019) narra que após o fim do regime de escravidão em 1888, no final do século XIX, os ex-escravizados encontravam-se em uma competição desigual por postos de trabalhos com os imigrantes brancos. Isso porquê no Brasil houve uma política de branqueamento que atraiu imigrantes europeus, onde o Estado oferecia incentivos como concessão de terras para que os imigrantes ocupassem as cidades que estavam povoadas majoritariamente por negros.

No fim do século XIX, a elite política e intelectual brasileira teria sentido a necessidade de —branquear a população brasileira, já que as teorias raciais clássicas exaltavam a pureza racial e pregavam que a mistura racial provocava necessariamente degeneração. A preocupação na época é que o futuro do Brasil estivesse comprometido devido a presença do grande número de negros e negras, considerados como uma —raça inferior. A tese do branqueamento surge então como uma possibilidade de transformar uma raça inferior em uma raça superior. Tal enobrecimento das raças inferiores só poderia ser alcançado se fosse possível garantir uma predominância numérica de brancos em casamentos interraciais. Esse raciocínio justificou uma política de Estado que objetivava trazer mão-de-obra

⁶¹<http://www.scmp.org.br/materia/61/a-historia-das-santas-casas>. Acesso em 17 de fevereiro de 2022.

⁶² Constatamos que a data de origem se diverge em diferentes bibliografias, por isso preferimos não colocar.

⁶³<https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>. Acesso 17 de fevereiro de 2022.

branca (portugueses, italianos dentre outros povos europeus) ao Brasil (CRUZ, 2019, p.21).

Consequentemente, muitos ex-escravizados que não tinham trabalho e nenhuma assistência do Estado, viviam como pedintes, inclusive os envelhecidos (LIMA, 2005). É possível prever que esse marco histórico gerou diversas demandas sociais, uma delas era a necessidade de moradia para os/as velhas/as desamparados.

No século XIX, com o advento do Iluminismo, também houve um movimento de focalização e separação dos beneficiários atendidos nas instituições. Se antes as instituições atendiam e abrigavam pessoas carentes sem distinguir idade ou sua necessidade, agora começavam a surgir os orfanatos para crianças, os hospícios para os considerados loucos, e os asilos para os velhos (REZENDE, 2002).

O primeiro asilo construído no Brasil foi o Asilo São Luiz, em 1890, também no Rio de Janeiro. O público atendido era de idosos pobres e abandonados, na ótica filantrópico-assistencialista do século XIX, até então não existiam iniciativas governamentais. Atualmente o Asilo São Luiz ainda existe, com o nome de Casa de Repouso São Luiz, porém é privado, de alto custo, e possui uma ala para os idosos que não podem pagar (GROISMANN, 1999).

O Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada não foi uma instituição qualquer, mas uma instituição modelar para a sua época. Fundado por um proeminente homem de negócios da sociedade carioca, o Visconde Ferreira de Almeida, rapidamente passou a receber subvenções públicas e a contar com o apoio de uma ordem de freiras Franciscanas que cedia irmãs para cuidarem dos asilados. Em pouco mais de três décadas, ampliou enormemente sua capacidade, inicialmente de 45 leitos, em 1892, para 260 leitos, em 1925. Para tanto, ampliou e modernizou suas instalações, numa série de obras financiadas com o dinheiro das subvenções e dos inúmeros donativos que a instituição recebia (GROISMANN, 199, p.5).

Em 1885 a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo fundou o asilo da mendicância, em parceria com o governo providencial. Após o aumento de idosos, a instituição, ficou conhecida como Asilo dos Velhos e atualmente “atua como importante hospital geriátrico e também conta com leitos para recuperação de pacientes provenientes de outras unidades de assistência à saúde”⁶⁴.

Não encontramos literaturas que traçassem uma trajetória cronológica e histórica da criação dos asilos no Brasil, porém podemos identificar que a Sociedade São Vicente de Paula/SSVP, fundada em 1872, teve um destaque importante na manutenção dos asilos no Brasil. Além

⁶⁴ <https://www.santacasasp.org.br/portal/hospital-geriatrico-dom-pedro-ii/>. Acesso em 16 de fevereiro de 2022.

disso, outras associações religiosas e filantrópicas protagonizaram a criação de asilos no território brasileiro (CHRISTOPHE, 2009).

No Espírito Santo, o Asilo dos Velhos localizado no município de Vitória, de natureza filantrópica, foi o primeiro a ser fundado, no ano de 1940. Conforme consta no site da instituição, o fundador da entidade foi o Interventor Federal do Estado, Major João Punaro Bley que na época realizou uma reunião em sua residência, “com a presença de membros representativos da sociedade capixaba, liderada pela 1ª Dama do Estado, Alzira Bley, o Bispo Diocesano, prefeito, secretários do Estado e outras autoridade”⁶⁵. Historicamente a instituição, também conhecida como Sociedade de Assistência à Velhice Desamparada, sempre teve apoio da congregação São Vicente de Paula. Inicialmente a instituição abrigava apenas 17 idosos, porém após sucessivas reformas, atualmente possui estrutura para atender 93 idosos no município de Vitória.

O Lar João XXIII foi o segundo asilo fundado no Espírito Santo, no ano de 1957, está localizado em Cachoeiro de Itapemirim/ES e também mantém suas atividades até os dias atuais. Assim como o Asilo dos Velhos, desde sua fundação teve apoio da congregação São Vicente de Paula a partir da doação de dez lotes de terras, totalizando 1.500 m² de área⁶⁶. No mesmo ano foi fundado em Baixo Guandu o Lar da Velhice Angelo Passos, porém não encontramos registros históricos de sua fundação para fins dessa pesquisa.

Em 1958 foi fundada a Associação Luiza de Marillac (ALM) pelo Padre José Bellotti, junto com a irmã Maria da Conceição Paim e inúmeros jovens no município de Alegre/ES. Posteriormente, em 1962, houve uma doação de um terreno por um casal e assim foi possível – com a ajuda da comunidade - construir o Lar dos Idosos, como também é conhecida a ALM⁶⁷. Várias reformas foram realizadas na instituição e até hoje encontra-se em funcionamento.

Em 1960, um grupo espírita fundou o Abrigo à Velhice Desamparada Auta Loureiro Machado (AVEDALMA) em Cariacica/ES com o intuito de criar um albergue para idosos sem lar⁶⁸.

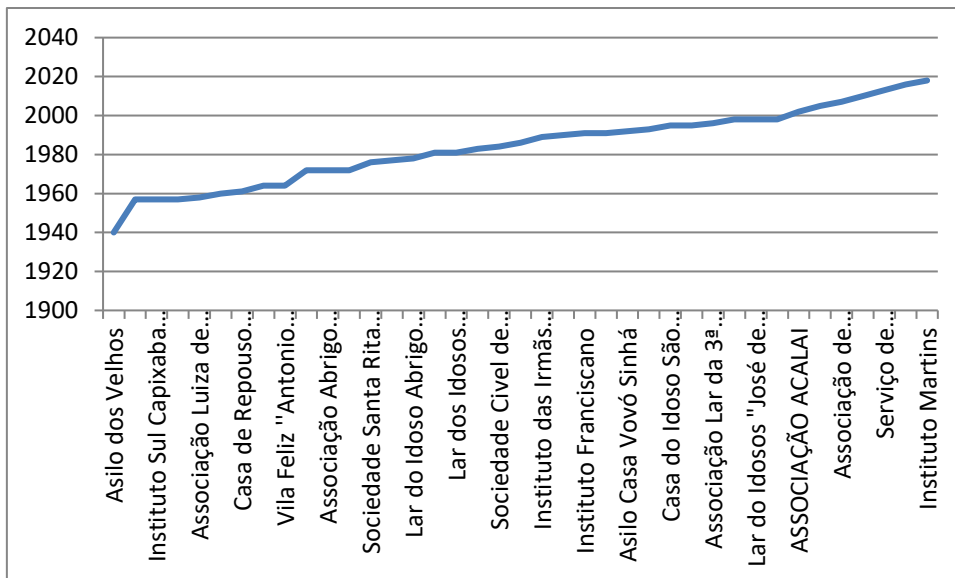
⁶⁵ <https://asilodevitoria.org.br/pagina/exibir/3/sobre-nos> . Acesso em 07 de fevereiro de 2022.

⁶⁶ <https://www.mcccachoeiro.com/larjoao23>. Acesso em 14 de fevereiro de 2022.

⁶⁷ https://setades.es.gov.br/Media/seadh/conv%C3%AAnios%20e%20cong%C3%AAneres/2019/Termo%20de%20Fomento_SETADES_057.2019_ASSOCIA%C3%87%C3%83O%20LUIZA%20DE%20MARILAC%20-%20LUIZA%20DE%20MARILLAC.pdf. Acesso em 14 de fevereiro de 2022.

⁶⁸ <https://premiodomluis.es.gov.br/abrigo-a-velhice-desamparada-auta-loureiro-machado-avedalma>. Acesso em 14 de fevereiro de 2022.

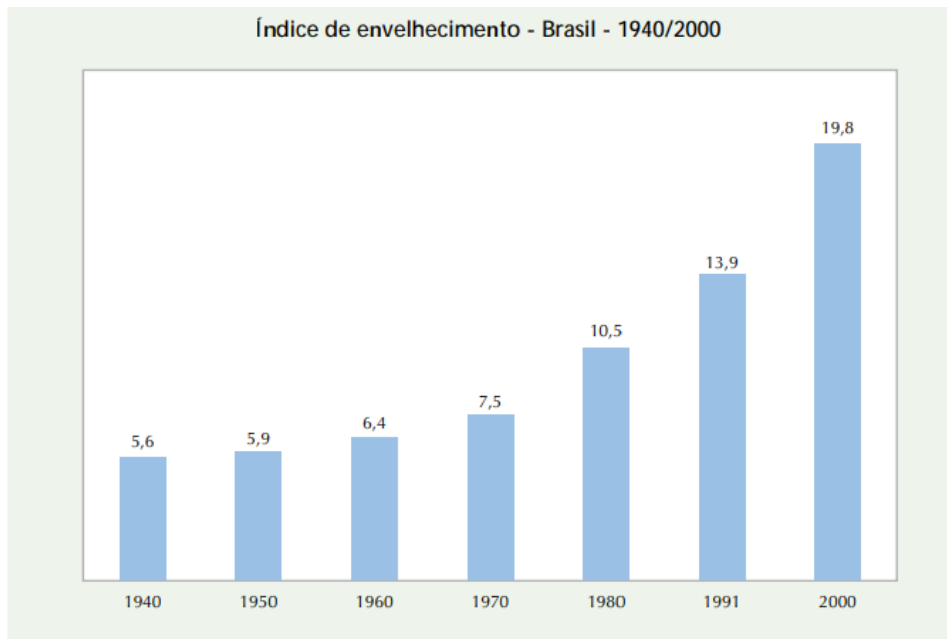
Conforme lustramos abaixo, podemos perceber que é no fim da década de 50 que se inicia um aumento de asilos (como era conhecido) no Espírito Santo.



Fonte: Elaboração própria

A primeira questão que nos acomete parte da compreensão do porquê desse aumento e assim, identificamos que em no Brasil, ocorria neste período o início do envelhecimento populacional. Na década de 40 a expectativa de vida no país era de 45,5⁶⁹, o percentual de idosos era muito baixo. Contudo, conforme o gráfico abaixo, houve um salto percentual crescente de idosos no país da década de 50 para 60 e assim por diante, conforme gráfico abaixo

⁶⁹ <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html#:~:text=J%C3%A1%20os%20grupos%20de%2040,%2C3%20anos%2C%20em%202018>. Acesso em 14 de fevereiro de 2022.

Gráfico 4 - Índice de envelhecimento - Brasil - 1940/2000

Fonte: IBGE, 2010⁷⁰.

Ressaltamos a marca da filantropia e do vínculo religioso na origem dos asilos, as iniciativas não eram do Estado e sim da sociedade civil. Desse modo, a população idosa que por algum motivo encontrava-se em uma velhice desamparada e com necessidades sociais, ficavam a mercê da caridade e do voluntariado.

Apenas em 1989 que o Ministério da Saúde aprova a primeira portaria (nº810) definindo normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos no Brasil. Em 1994, a Política Nacional do Idoso incentiva a adoção e aplicação de normas de funcionamento das instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde.

Em 2000, é publicada a portaria nº2874 pela Secretaria de Estado de Assistência Social caracterizando as modalidades de atendimento de serviços de atenção ao idoso. Em 2001, é aprovado pela mesma Secretaria a portaria nº71 que estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso.

Como veremos no próximo capítulo, apesar dos avanços no campo das políticas públicas para idosos, a realidade atual dos asilos – agora conhecidos como Instituições de Longa Permanência para Idosos – possui características marcantes de sua origem.

⁷⁰http://geoftp.ibge.gov.br/atlas/nacional/atlas_nacional_do_brasil_2010/3_sociedade_e_economia/atlas_nacional_do_brasil_2010_pagina_140_evolucao_da_piramide_etaria_brasileira.pdf. Acesso em 14 de fevereiro de 2022.

Essa mudança de nomenclatura de asilo para Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) foi introduzida pela ativista Tomiko Born (1932-2021) em um fórum promovido pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) de São Paulo, que posteriormente foi publicado em um documento da SBGG Brasil⁷¹. Para Born (2001) o asilo, devido a sua origem, está associado a uma imagem negativa, de exclusão, abandono, pobreza e mendicância. Camarano (2021), em uma palestra⁷² na Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI relata que essa mudança pela SBGG se deu para diminuir o preconceito, mas também por entender que essas instituições tinham que oferecer mais que um abrigo, deve oferecer cuidados especializados já que o envelhecimento pode requerer demandas em diversos campos, sobretudo na área da saúde. Dessa forma a SBGG define a ILPI como um “estabelecimento para atendimento integral institucional, cujo público-alvo são as pessoas de 60 anos ou mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em domicílio unicelular” (CAMARANO, 2021)⁷³.

Corroborando com essa definição, o Artigo 230 da Constituição Federal de 1988 estabelece a família como a primeira instância responsável por amparar as pessoas idosas e define como prerrogativa a permanência das mesmas em seu domicílio. De forma similar, o Estatuto do Idoso no § 1º do Artigo 37 ressalta que “a assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos próprios ou da família”.

Todavia, esse direcionamento apresenta-se sem uma estrutura de cuidados e equipamentos previstos em lei que proporcionem um suporte aos familiares. Desse modo, a institucionalização que poderia ser adiada ou evitada passa a ser, em muitos casos, a única saída para a pessoa idosa em situação de fragilidade (COUTO, 2010, P.213).

A resolução CNAS no 109/2009 trata a tipificação do serviço de acolhimento institucional do idoso como serviço de proteção especial de alta complexidade no âmbito do SUAS. De modo geral, a PSE [...]

[...] cabe o atendimento a indivíduos e famílias que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça ou violação de direitos. Ela gerencia dois níveis de serviços, que se subdividem em média e alta complexidade. São considerados serviços de média complexidade aqueles destinados às famílias e/ ou indivíduos que tiveram seus direitos violados, mas não perderam seus vínculos familiares e

⁷¹<https://sbgg.org.br/nota-de-falecimento-tomiko-born/>. Acesso em 18 de fevereiro de 2022.

⁷²https://www.youtube.com/watch?v=ZhxbOJx1rbs&ab_channel=FrenteNacionaldeFortalecimento%C3%A0ILPI. Acesso em 18 de fevereiro de 2022.

⁷³ Idem.

comunitários. Entre os serviços de média complexidade para idosos, encontra-se, por exemplo, o cuidado domiciliar formal. Apesar de as diretrizes para o atendimento domiciliar estarem referidas nos instrumentos legais, não se sabe como é realizado nos municípios (CAMARANO, MELLO, 2010, p.72).

O estatuto do idoso estabelece que a fiscalização das ILPI's deverá ser realizada pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público (MP) e Vigilância Sanitária.

Os conselhos do idoso além de ter o papel de fiscalizar as instituições também exigem que as ILPI's se cadastrem no conselho municipal a partir do envio de documentos, como: “o estatuto (se associação); a escritura (se fundação); o contrato social (no caso de empresa privada); o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); os alvarás de funcionamento e sanitário; o atestado de antecedentes criminais de todos os dirigentes” (COUTO, 2010, p. 219), entre outros. Importante ressaltar, que no caso de inexistência do Conselho Municipal do Idoso (CMI), é de responsabilidade do Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) a fiscalização e o cadastro das ILPI's. No âmbito do Espírito Santo, o Conselho Estadual da Pessoa Idosa (CEDDIPI/ES) publicou a Resolução 003/2013 que normatiza esse processo de cadastramento das entidades junto aos conselhos.

Caso a ILPI cometa alguma infração, o MP poderá realizar advertências, multar e até mesmo suspender as atividades da entidade (COUTO, 2010). No Estado do Espírito Santo é comum o MP visitar a instituição e ao identificar irregularidades, o mesmo realiza um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC). O TAC é um documento extrajudicial em que o MP define o que precisa ser regularizado na instituição e estabelece um prazo para o cumprimento, caso os problemas não sejam resolvidos conforme a orientação do MP, este poderá aplicar as sanções cabíveis.

Um exemplo: a partir de um TAC assinado entre o MP e a Prefeitura de Belo Horizonte foram realizadas importantes reformas na acessibilidade das ILPIs conveniadas e o incremento gradativo de recursos humanos – inclusive responsável técnico (RT), médico de referência, cuidadores de idosos, profissionais de enfermagem e outros – em todas as ILPIs que deles necessitavam (COUTO, 2010, p.224)

No que se refere a fiscalização da vigilância sanitária, esta tem sido norteadada pela RDC da Anvisa nº502, de 27 de maio de 2021, que dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. “Considerada rígida, ela define as regras de funcionamento e de organização física, sanitária e de recursos humanos, levando em conta o grau de dependência dos residentes dessas instituições” (CAMARANO, MELLO, 2010, P.77). Em caso de risco sanitário ou qualquer descumprimento a RDC nº502, a Anvisa

“tem poder de polícia e de interdição, temporária ou definitiva, do local vistoriado, porém raramente se utiliza dele como primeira estratégia” (COUTO, 2010,p.224).

Ressaltamos duas prerrogativas que consideramos relevantes para nos aproximarmos do nosso objeto⁷⁴ de pesquisa. A primeira refere-se ao Art. 36 da RDC nº502 que indica que a ILPI deverá elaborar um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, em articulação com o gestor local da saúde a cada 2 anos. Em suma, esse plano deve conter como serão atendidas as necessidades de saúde dos residentes e como ocorrerá a articulação, sobretudo, com os serviços de saúde, para atender essas necessidades. Posto isto, a RDC estabelece que o plano deverá ser pactuado com o gestor de saúde do município, requerendo - dessa forma - que a política de saúde se responsabilize com a oferta de serviços ou até mesmo profissionais para atender as demandas de saúde das pessoas idosas institucionalizadas. No próximo capítulo, veremos como essa pactuação da instituição com os gestores de saúde tem ocorrido no Espírito Santo.

A outra prerrogativa que destacamos é o Art.4 da Política Nacional do Idoso (PNI) que veda a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social. Porém, como veremos mais a diante, esta proibição não tem sido cumprida e em alguns casos o próprio poder judiciário obriga a instituição receber idosos nessas condições.

Os conselhos de direitos podem ter papel ativo no acompanhamento da prestação de serviços das ILPI's, bem como na criação de resoluções, na promoção de capacitações, na fiscalização, entre outras atividades. Como aponta COUTO (2010, p.220) alguns conselhos “são mais proativos e atuam por meio de resoluções e comissões de fiscalização específica nas ILPIs, como é o caso de Campinas (SP), por exemplo. Mas são raros”. No Espírito Santo, o CEDDIPI/ES possui o Grupo de Trabalho das ILPI's, instituído pela resolução nº1/2021, que tem cumprido as ações supracitadas.

A título de exemplo⁷⁵ no ano de 2020 o CEDDIPI/ES promoveu uma capacitação com o objetivo de promover um espaço de troca de informações e reflexões acerca da responsabilidade ética e pública dos conselhos municipais com a defesa dos direitos das pessoas idosas institucionalizadas nas ILPI's. Em 2021 promoveu uma formação com o objetivo de capacitar os profissionais das ILPI's sobre a temática de diversidade sexual e

⁷⁴ A interface entre as políticas de saúde e assistência social no âmbito das ILPI's do Espírito Santo.

⁷⁵ Nas redes sociais do CEDDIPI/ES é possível identificar essas e as demais atividades realizadas.

gênero para qualificar as ações de atendimento às pessoas idosas LGBTQ+ dentro das instituições.

Além disso, ao longo da sua trajetória, o CEDDIPI/ES tem contribuído a partir da criação de resoluções que versam sobre a temática das ILPI's.

Em 2014 o CEDDIPI/ES publicou a Resolução nº005 que estabelece no art. 1º o número de 40 residentes como a capacidade máxima em ILPI. No art. 2º define como critério para o ingresso da pessoa idosa no serviço de acolhimento institucional, nas modalidades Casa Lar e ILPI, a apresentação do relatório social do Centro de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS) e na sua inexistência, do profissional de referência da política de Assistência Social do município sede da entidade.

No Espírito Santo, portanto, não são as ILPI's⁷⁶ que definem os critérios de ingresso na entidade, mas sim a equipe multiprofissional dos CREAS. Dessa forma, após o CREAS identificar a necessidade de institucionalização da pessoa idosa, o mesmo é encaminhado para ILPI. Conforme a lei nº8742, de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, o CREAS é o equipamento público de referência da proteção social especial e presta serviços a pessoas que se encontram em situação de risco pessoal ou social, seja por violações de direitos ou contingências.

Em 2018, o CEDDIPI/ES publicou a resolução nº2 que dispõe sobre a regulamentação do Artigo 35 da Lei Federal nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), estabelecendo diretrizes e parâmetros sobre o contrato de prestação de serviços e definindo a forma de participação financeira da pessoa idosa no custeio das Instituições Prestadoras de Serviços de Longa Permanência privadas sem fins lucrativos ou Casa Lar nos Municípios do Estado do Espírito Santo.

Nesta resolução foi definida que a participação financeira da pessoa idosa no custeio da ILPI de natureza filantrópica será de, no máximo, 70% (setenta por cento) do seu benefício previdenciário ou de assistência social. Os 30% (trinta por cento) restantes deverá ser repassado para a pessoa idosa utilizar como bem lhe aprouver, exceto para os idosos interditados.

Também em 2018 foi publicada pelo CEDDIPI a resolução nº3, que dispõe sobre o Modelo de Formulário do Plano Individual de Acompanhamento (PIA) para as Instituições de Longa

⁷⁶ Aqui estamos tratando das ILPI's de natureza pública e filantrópica.

Permanência para Pessoas Idosas (ILPIs) ou Casa Lar do Estado do Espírito Santo. Em suma, o plano deve conter o perfil do residente; restrições de saúde; rede de apoio da pessoa idosa; demandas e necessidades particulares do idoso; providências e intervenções técnicas necessárias para estimular a manutenção, o fortalecimento e/ou o resgate dos vínculos familiares e sociais da pessoa idosa; rotina institucional proposta para a pessoa idosa; entre outras informações.

Por fim, a resolução CEDDIPI nº6 de 2018, dispõe sobre o roteiro de orientação aos Conselhos Municipais de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa do estado do Espírito Santo para as visitas de Supervisão e Acompanhamento as Instituições de Longa Permanência (ILPI's) ou Casa Lar no território de sua abrangência e dá outras providências.

Ressaltamos a importância do conselho de direitos, como um espaço de articulação e negociação da sociedade civil com o governo, para formulação e avaliação das políticas públicas.

Os conselhos possuem a prerrogativa de intervir nas proposições governamentais, e de aprovar, ou não, a proposta governamental. Dito de outra forma, o governo tem o **dever** de criar condições necessárias para materializar o direito assistencial, mas os conselhos têm o **direito** de deliberar e controlar as ações governamentais, de modo a acompanhar e avaliar se estas estão de acordo com a legislação e se atendem às necessidades localmente identificadas (BOSCHETTI, 2003, p.148, grifo da autora).

Observamos a partir das legislações decretadas que, apesar do Ministério da Saúde prever resoluções no âmbito da fiscalização e normas de funcionamento nas ILPI's, nenhum ato normativo regulamentou sobre a operacionalização da assistência à saúde no serviço de longa permanência para pessoas idosas. Esse fator se constitui um problema, na medida em que não há diretrizes nacionais de como a política de saúde deve operar em conjunto com a assistência social no atendimento da pessoa idosa institucionalizada. Como veremos no capítulo 3, fica a cargo das ILPI's estabelecer a interface com a política de saúde do município em que está localizada.

O que é almejado por todos é um envelhecimento autônomo e independente, em que não haja necessidade de auxílio nas atividades da vida diária (AVD's), contudo, pode existir outra face temida do envelhecimento, em que o idoso apresenta sequelas funcionais e dessa forma, necessita de assistência em suas tarefas essenciais. Quando isso ocorre, novas organizações da vida devem ser pensadas para os idosos que se encontram em situação de dependência (LIMA, 2005) e antes dos chamados asilos até a atualidade, a família sempre foi a principal instituição de cuidado aos mais velhos. No próximo capítulo discutiremos os desafios das

relações familiares principalmente no contexto da velhice dependente, além de analisar a necessidade do Estado no apoio a essas famílias.

2.2 A pessoa idosa, a família e o Estado

O comprometimento das atividades da vida diária e a conseqüente perda da independência por parte daqueles que envelhecem têm se tornado um grande desafio no cotidiano das famílias. Camarano, et al (2010) faz dois questionamentos importantes e pertinentes para a atualidade de um país que se torna cada vez mais longevo: “a família brasileira poderá continuar desempenhando o seu papel de principal cuidadora dos membros idosos?” e “a perda da autonomia para o desempenho das AVD’s acarretada pela idade avançada deve se constituir em um risco social a ser assumido pelo Estado brasileiro?” (p.15).

Antes de adentrarmos na primeira questão, tentaremos identificar como está atualmente constituída a família brasileira. A ideia majoritária de família típica era formada, a algumas décadas atrás, pelo homem - responsável pela manutenção do lar e de seus membros, pela mulher, responsável pelos cuidados domésticos e pelo cuidado dos filhos -, e, usualmente, o casal tinha três ou mais filhos. Porém, gradualmente, outras configurações de família têm feito com que a família considerada tradicional brasileira, nos moldes conservadores, tenha deixado de ser destaque no cenário brasileiro para dar espaço a uma imensa diversidade nas composições dos lares. A título de exemplo temos famílias homoparentais, uniparental (funções materna e paterna de responsabilidade de uma só pessoa), pais divorciados, crianças criadas por avós, unipessoais (formada apenas por uma pessoa), etc.

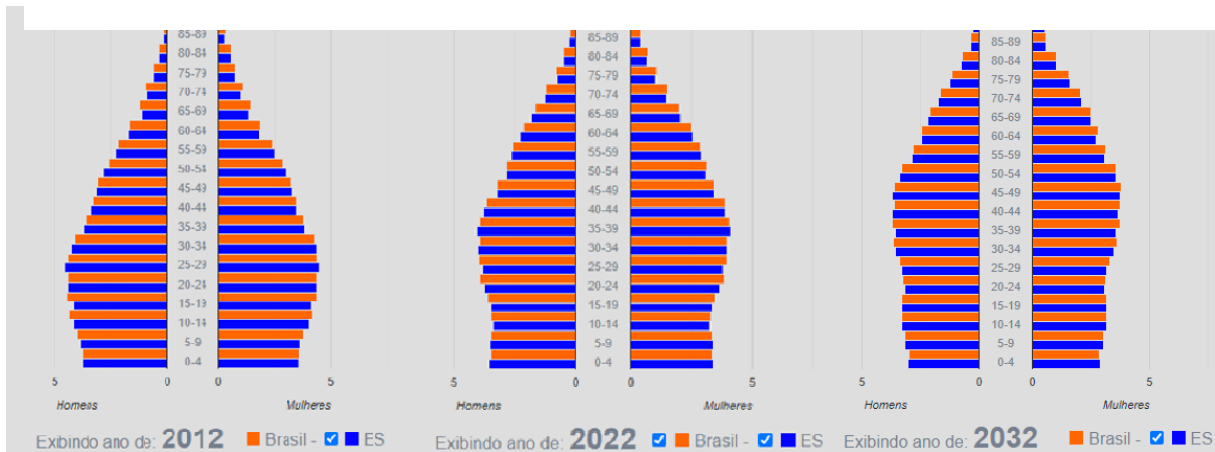
Conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), feita pelo IBGE, entre 2003 a 2013, o número de filhos por família no Brasil caiu 10,7%. Sendo que entre os 20% mais pobres, a queda foi de 15,7% no mesmo período. O mesmo levantamento demonstra que a média de filhos por família em 2003 era de 1,78, enquanto em 2013 o número diminuiu para 1,59⁷⁷. Insta observar a dificuldade de encontrar dados mais atualizados, já que os levantamentos realizados pela PNAD que tinham periodicidade anual foram encerrados em

⁷⁷<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-03/reducao-no-numero-de-filhos-por-familia-e-maior-entre-os-20-mais-pobres#:~:text=Nos%20C3%BAltimos%20dez%20anos%2C%20o,Nordeste%3A%2026%2C4%25>. Acesso em 05 de março de 2022.

2016, com informações de 2015. E o último censo do IBGE, que possui periodicidade decenal, foi realizado em 2010⁷⁸.

Uma das formas de identificar a estrutura etária de uma população são as pirâmides demográficas: quando a sua base é larga e o seu topo estreito, demonstra uma população mais jovem; já o inverso reflete uma população mais envelhecida. De acordo com as pirâmides demográficas coletadas no site do IBGE ⁷⁹, ao longo dos anos, a base da pirâmide populacional brasileira está ficando cada vez mais estreita, em contrapartida; há um movimento de alargamento da parte superior, o que evidencia o envelhecimento populacional. No Brasil, entre 2012 a 2022 houve uma queda de participação das pessoas de 0 a 14 de 3,17% e a projeção para daqui a 10 anos é uma queda de 1,77%. O mesmo ocorreu com o grupo de 15 a 29 anos, que foi de 26,26% para 22,88% de 2012 a 2022 (queda de 3,38%) e a projeção para 2032 é de queda para 19,52%. Por outro lado, a quantidade de adultos de 30 a 59 anos aumentou 2,79% nos últimos 10 anos e nos próximos 10, a perspectiva é de aumentar ainda 0,78%. A participação de idosos é ainda mais expressiva, com um aumento de 3,84% de 2012 a 2022 e com a projeção de aumentar 5,03%, em 2032. A tendência é que esse movimento de envelhecimento populacional continue após 2032.

Gráfico 5 - Envelhecimento populacional brasileiro



Fonte: Ibge, 2022 (montagem própria).

Nas pirâmides também é possível observar o aumento da população com mais de 80 anos, por conseguinte, é natural que com o acréscimo de idosos no país aumente a demanda de cuidados com essa parcela populacional.

⁷⁸ O censo que deveria ser realizado em 2020 foi suspenso devido o contexto da pandemia do coronavírus.

⁷⁹ <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em 05 de março de 2022.

É consenso que a população muito idosa é a mais exposta às doenças e agravos crônicos não transmissíveis, muitos deles culminando com sequelas limitantes de um bom desempenho funcional, gerando situações de dependência e conseqüente necessidade de cuidado. O que se pode esperar, portanto, é um aumento da população que demandará cuidados, o que pode vir acompanhado de um tempo maior passado na condição de demandantes de cuidados. De acordo com Jacobzone (1999), com base nos dados disponíveis para os países-membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), os indivíduos vivem em média entre dois e quatro anos dependentes de cuidados mais intensivos no final de suas vidas (CAMARANO, et al, 2010, p.15).

Não podemos desconsiderar a condição de classe, raça e gênero no processo do envelhecimento, pois são condicionantes que impactam diretamente na velhice dependente (GOMES, 2020).

A necessidade de cuidado varia conforme o grau de dependência, que é determinado pela capacidade do indivíduo exercer suas AVD's (CAMARANO, et al., 2010). PASINATO et al. (2010) referem-se a dois tipos de apoios que podem ser ofertados: o funcional e o instrumental. O primeiro “representa a necessidade de auxílio para a realização das atividades mais básicas do cotidiano, como tomar banho, vestir-se, comer, deitar, sentar ou levantar, caminhar, sair de casa, e ir ao banheiro” (p.40). Já o apoio instrumental “diz respeito às AVDs, que envolvem preparar refeições, fazer compras, realizar tarefas domésticas leves, tarefas domésticas pesadas e cuidar do próprio dinheiro” (p.40). Logo, se a pessoa idosa possui necessidade de apoio apenas nas tarefas consideradas instrumentais e são supridas com assistência de terceiros, ela consegue manter uma vida autônoma. No entanto, as limitações consideradas funcionais “representam a perda concreta da independência desses idosos”. (PASINATO et. al., 2010, p. 41).

Conforme pesquisa divulgada pelo IBGE⁸⁰, com dados de 2019, estima-se que 3,3 milhões de idosos possuem alguma limitação para realizar AVD, representando 9,5% da população idosa no país. Outra evidência é que, a partir dos 75 anos a proporção de idosos com limitações aumenta, chegando a 18,5%. Ainda de acordo com a pesquisa, um em cada quatro idosos tinha algum tipo de deficiência em 2019. Contudo, consideramos importante observar que a pessoa portadora de deficiência não necessariamente vive em situação de dependência, podendo manter sua vida de forma autônoma.

Tradicionalmente as demandas de cuidados foram supridas pelos familiares, sobretudo por mulheres da família, inclusive, em algumas situações é comum a mulher ser responsável pelo

⁸⁰ <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/31447-um-em-cada-quatro-idosos-tinha-algum-tipo-de-deficiencia-em-2019>. Acesso em 15 de março de 2022.

cuidado das crianças e dos pais ou/e sogros idosos (CAMARANO et al., 2010). Posto isto, Cisne (2014) aponta a família como uma importante chave de exploração e opressão sobre as mulheres, já que é a mulher a responsável “pela satisfação das necessidades dos membros das famílias por meio de um trabalho não remunerado” (p.82). Além de ser não remunerado, o trabalho doméstico é considerado de menor relevância social e improdutivo, porém em sua essência ele é crucial para sustentabilidade da vida humana e para acumulação capitalista, já que desoneram “o capital dos custos do cuidado com a força de trabalho” (TEIXEIRA, 2020, p. 148).

Concomitante ao trabalho de cuidado exercido em sua maioria pelas mulheres, as mesmas estão cada vez mais inseridas no mercado de trabalho. Um levantamento realizado pela consultoria Idados em 2020⁸¹, com dados do IBGE, demonstra que quase metade das casas do país (47,5%) são chefiadas por mulheres. Esse número vem crescendo, visto que, em oito anos mais de 11 milhões de mulheres são responsáveis financeiramente pelos domicílios. Constatamos, portanto, as múltiplas jornadas de trabalho exercidas pelas mulheres, onde “esse modo de produção se apoia na exploração do trabalho doméstico da mulher, assim como na exploração da força de trabalho feminina na esfera produtiva, na qual, via de regra, recebem baixos salários e são desvalorizadas” (CISNE, 2014, p.85).

Para aliar as múltiplas jornadas de trabalho, as mulheres são mais propensas a serem autônomas e terem vínculos de emprego informais (POSTUMA, 2021). Esse fato tem impacto direto na velhice das mulheres, já que muitas não contribuem para a previdência social e por isso não conseguem se aposentar, comprometendo substancialmente sua condição financeira. Deste modo, podemos sugerir que o fato da maior parte dos beneficiários do BPC serem mulheres (DE JESUS, et. al., 2016) também é reflexo do trabalho desprotegido ao longo da vida.

Postuma (2021) também evidencia que muitas trabalhadoras domésticas assumem também a tarefa do cuidado, sem qualquer treinamento formal para prestar esse serviço. “Não é incomum que um trabalhador doméstico limpe a casa, prepare e cozinhe refeições e possivelmente cuide de um bebê ou criança, ou membro idoso da família na casa” (p.28). Quando os idosos possuem doenças como Alzheimer e Parkinson, a carga de trabalho emocional e físico dessas trabalhadoras pode ser ainda maior (POSTUMA, 2021). Sobre isso,

⁸¹ <https://g1.globo.com/globonews/globonews-em-ponto/video/mulheres-chefiam-475-dos-lares-brasileiros-aponta-levantamento-8271246.ghtml>. Acesso em 04 de março de 2022.

nos indagamos se o cuidado no domicílio tem sido prestado com qualidade, já que esses profissionais e os familiares que assumem essa tarefa, além de não serem preparados para isso, estão sobrecarregados com tantos outros encargos.

Um recurso seria contratar cuidadores especializados, entretanto, no cenário brasileiro de alta taxa de pobreza e desigualdade social, as famílias que conseguem arcar com essa despesa são extremamente privilegiadas (POSTUMA, 2021).

Outra realidade que tem se alterado – especialmente devido ao aumento do desemprego - é a dependência financeira dos filhos em relação aos pais idosos. Em alguns casos, os “pais idosos continuam sendo os provedores, mesmo quando são funcionalmente dependentes. Quando os filhos têm filhos, o cuidado com estes compete com o cuidado ao idoso” (CAMARANO, KANSO, 2010, p.113).

A situação se complexifica quando se trata de famílias de baixa renda. Nessas circunstâncias, as pessoas idosas costumam gastar seus proventos integralmente com as contas fixas (gastos com moradia e alimentação). O cuidado com sua saúde, despesas com lazer e autocuidado (atividade física, vestimentas, salão de beleza, etc.), raramente podem ser inclusos em suas despesas financeiras (ALMEIDA et al, 2021).

Dessa forma, no contexto de redução de filhos e, por conseguinte uma menor oferta de cuidadores familiares, aliado à precarização da vida da mulher com suas múltiplas jornadas de trabalho, voltamos à pergunta inicial “a família brasileira poderá continuar desempenhando o seu papel de principal cuidadora dos membros idosos?”

Com base em vários estudiosos do tema podemos afirmar que não. Em primeiro lugar, precisamos desmistificar a crença de que a família é sempre o lugar do afeto, da solidariedade e do cuidado. O que comprova esse fato é que predominantemente no contexto familiar ocorrem as violações de direitos contra a população idosa. Podemos concluir, portanto, que a família, se constitui como um espaço contraditório, podendo ser o principal agente de proteção social dos seus membros ou de violação dos seus direitos.

Em segundo lugar, conforme já identificamos, há um aumento considerável de demandas de cuidado de pessoas idosas, em contrapartida há menos pessoas na rede familiar disponíveis

para esse cuidado. De acordo com o IBGE⁸² houve um aumento de 1,4 milhões entre 2016 a 2019 de familiares que ofertavam cuidados para parentes com mais de 60 anos.

Outro levantamento importante para a nossa análise é o aumento de pessoas idosas morando sozinhas. Em 2020, foi constatado no Brasil 4,3 milhões⁸³ de pessoas acima de 60 anos que encontravam-se nessa condição. Diversos motivos podem levar a pessoa idosa a residir em um ambiente unipessoal, “como o processo de viuvez, a separação conjugal ou mesmo a ausência de parentes próximos” (ALMEIDA et.al, 2021, p.6). Há, ainda, idosos que optam por morar sozinhos, seja para ter uma maior privacidade, tranquilidade, autonomia, entre outros motivos (ALMEIDA et al, 2021).

Apesar de poder proporcionar alguns benefícios, morar sozinho pode provocar a sensação de solidão ou até mesmo a depressão. Além disso, é comum idosos relatarem “o receio de desamparo por medo de acidentes ou doenças inesperadas quando sozinho em casa, a incerteza quanto ao futuro, considerando o receio de quem cuidará deles em caso de necessidade” (ALMEIDA et al, 2021, p.6). Ressaltamos que não se constitui um problema idosos morarem sozinhos, porém quando estes apresentam dependências nas AVD, a presença de um cuidador torna-se fundamental.

Reforça-se a necessidade de uma maior sensibilização dos profissionais no cenário de atenção a pessoa idosa que vive sozinha, tendo em vista as necessidades específicas deste grupo, buscando-se fortalecer as ferramentas de cuidado em saúde ligadas a escuta ativa e qualificada, a criação do vínculo, acompanhamento domiciliar e atendimento psicossocial, essenciais na promoção do envelhecimento saudável (ALMEIDA et al, 2021, p.8).

Outro aspecto considerado por Burlá, et al (2010, p.281) é que “com frequência, as soluções encontradas pelos familiares para os cuidados aos idosos em suas residências envolvem altos custos financeiros e uma significativa sobrecarga emocional, não raro afetando o próprio idoso que acaba se assumindo como ‘um peso’ ou um ‘rejeitado’ (SCHARFSTEIN, 2006)”.

Camarano (2010) lista algumas doenças típicas dos idosos que podem demandar tratamento prolongado, custo financeiro elevado e cuidados específicos e continuados, tais como: demências, mal de Alzheimer, hipertensão, diabetes, artrite e doenças cardiovasculares, entre outras. Sobre isso, Teixeira (2020) alerta que muitas doenças crônico-degenerativas que atingem à população idosa poderiam ser controladas através de reabilitação em saúde ou até

⁸² <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27878-com-envelhecimento-cresce-numero-de-familiares-que-cuidam-de-idosos-no-pais>. Acesso em 16 de março de 2022.

⁸³ <https://g1.globo.com/fique-em-casa/noticia/2020/03/27/brasil-tem-43-milhoes-de-idosos-vivendo-sozinhos-coronavirus-muda-rotinas-e-impoe-desafios.ghtml>. Acesso em 16 de março de 2022.

mesmo prevenidas, porém, especialmente os velhos pobres possuem dificuldade “de acessar os bens públicos, como a política de saúde, medicamento, órtese, prótese e outros” (p.146).

Ainda, DUARTE et.al., (2010, p.135) assinala que “cuidadores familiares submetidos a estresse extremo demonstram envelhecimento prematuro. Estima-se que tais condições reduzam em cerca de dez anos sua expectativa de vida (VITALINO; ZHANG; SCANLAN, 2003)”. Ou seja, podemos concluir que no contexto brasileiro de extrema desigualdade social e alto índice de pobreza, muitas famílias não conseguem financiar os custos necessários para atender as demandas da pessoa idosa e também podem não estar preparadas para lidar com as adversidades da velhice.

A maioria dos cuidadores se diz despreparada para o desempenho de suas atividades assistenciais. Estudo nacional americano encontrou que 58% dos respondentes disseram ser nada ou pouco preparados para lidar com as necessidades de seus membros idosos, sendo o despreparo emocional para lidar com essas situações a principal queixa referida (DUARTE et al, 2010, p.135, 136).

Concordamos com TEIXEIRA (2020), que a sociedade vive uma crise do cuidado, reflexo do “aumento da demanda e pela reduzida oferta na família e nas políticas públicas, que se agravam com as reformas neoliberais” (p.135). Conforme já apontamos no primeiro capítulo, essas reformas, iniciadas nos anos 1990, no Brasil, se materializam a partir da “redução do gasto público, nas privatizações, nas políticas públicas estatais para os mais pobres, parceria com a família, mercado e ONGs na prestação direta de serviços de proteção social, como forma de reduzir as demandas do Estado” (p.149).

A partir das análises de Di Giovanni (1998), Miotto (2009) caracteriza a proteção social em privada ou pública. A primeira modalidade refere-se à proteção ofertada pelo mercado e também pelas instituições consideradas tradicionais: família, igreja e entidades filantrópicas. Na modalidade pública é o Estado que operacionaliza a proteção social, “que tem a função legal de garantir o bem-estar coletivo através da concretização de políticas sociais, que implicam a articulação de uma complexa rede de recursos institucionais, políticos e econômicos” (p.135).

Quando os sistemas de proteção social são centrados na família, isto é, as famílias assumem a principal responsabilidade pelo bem-estar dos seus membros, caracterizamos as ações do Estado como familista. Por outro lado, quando o Estado e/ou mercado assumem o papel da provisão do bem-estar, diminuindo a responsabilidade da família, definimos esse processo

como desfamiliarização (MIOTO, 2009). Porém, quando a desfamiliarização é centrada no modelo mercantil e não na oferta de políticas públicas pelo Estado,

“assiste-se o atrelamento da possibilidade de provisão de bem-estar das famílias à renda que conseguem obter no mercado e, portanto, é ela que vai determinar a qualidade de vida dos indivíduos, enquanto membros de uma família. Consequentemente, esta condição reforça possibilidades diferentes de provisão, ou seja, de acesso a bens e serviços, e incrementa as desigualdades entre as classes sociais” (MIOTO, 2009, p.140).

No contexto brasileiro, MIOTO (2009) considera o Estado como familista, “isso pode ser verificado tanto nas definições legais quanto operacionais das políticas sociais brasileiras ao longo do tempo” (p.136). A família nesse cenário é a principal forma de proteção social, independente se possui condições de exercer essa função. Somente quando o Estado esgota todas as possibilidades de responsabilizar a família é que algumas alternativas são ofertadas, mas ainda de forma ínfima. Por vezes, é comum a esfera judicial ser acionada para que o Estado cumpra com suas obrigações.

Assim, respondendo a segunda pergunta proposta, consideramos que o Estado brasileiro deva assumir como um risco social a perda da autonomia para o desempenho das AVD's acarretada pela idade avançada. O Estado assumir esse risco social significa “que todos aqueles cujas famílias e redes sociais não podem oferecer cuidado apropriado devem ser cobertos pelos serviços públicos” (CAMARANO, MELLO, 2010, p.89).

Concordamos com DUARTE, et al (2010) que o cuidado dado pelos familiares é fundamental e deve ser um recurso protegido e amparado. “No entanto, as necessidades das pessoas idosas seriam mais bem atendidas com a combinação de ambos, cuidado informal e formal” (p. 136), de maneira mais equitativa. Nesse sentido, o Estado deve assumir “o cuidado como um direito social do cidadão, oferecendo serviços tanto para os idosos independentes quanto para os dependentes e suas famílias, no sentido de aliviar a carga do cuidado (TEIXEIRA, 2020, p.153).

Já indicamos nesse trabalho que a inclusão de direitos e políticas públicas para a sociedade só se concretizam a partir das lutas sociais. É inocência esperar que o Estado ofereça ações que beneficiem a classe trabalhadora de forma espontânea, dado que o Estado representa uma classe hegemônica em que o lucro e acumulação de capital estão acima das necessidades da população. A questão da centralidade da família, de acordo com MIOTO (2009), ocupa “um lugar importante no confronto entre os diferentes projetos” (p.144). De um lado, a classe hegemônica e conservadora irá lutar para que a família continue se constituindo como

principal provedora de cuidados para com seus familiares, ainda que sem condições de exercer esse papel. De outro, é preciso que a sociedade civil se organize em movimentos sociais e nos espaços de controle social para pressionar o Estado a assumir essa tarefa de forma urgente. “Haverá sempre pessoas idosas totalmente dependentes, sem renda, que não constituíram uma família e/ ou que vivem uma situação de conflito familiar e vão precisar de abrigo e cuidados institucionais” (CAMARANO, 2010, p.344). Caso não consigamos avançar com políticas públicas direcionadas para população envelhecida, vislumbramos a sombria perspectiva da velhice indigente (GOMES, 2020).

No decorrer desse tópico, constatamos que o modelo tradicional de cuidado domiciliar não remunerado já não é suficiente para atender as demandas emergentes da população que envelhece com limitações funcionais. No próximo tópico buscaremos abordar alternativas que fogem desse modelo, além de algumas experiências brasileiras e internacionais que consideramos um avanço na esfera da política de cuidado de longa duração para a população idosa.

2.3 Falência do modelo tradicional de cuidado: alternativas e experiências

Constatamos no tópico anterior que a família não pode se constituir como única modalidade de cuidado para a pessoa idosa em situação de fragilidade. Ao longo da história, as ILPI's surgem como uma alternativa fundamental para o cuidado de longa duração de idosos que possuem limitações funcionais e demandam de algum tipo de assistência. Todavia, é urgente no Brasil, ampliarmos e avançarmos em uma rede formal de cuidados, que inclua políticas e serviços que atendam necessidades diferenciadas da população idosa. Deste modo, podemos garantir uma melhor qualidade de cuidado para essa população, incorporando a família, a comunidade e o Estado com papéis equilibrados (CAMARANO, MELLO, 2010).

Concordamos com a análise de Postuma (2021) que considera quatro componentes chaves que uma rede formal de cuidado deve conter para atender à população que necessita: recursos/monetário; serviços; tempo; regulação e inspeção.

O primeiro (recursos/monetário) refere-se a uma política de transferência monetária para a contratação de serviços de assistência (como cuidadores especializados) ou para proporcionar uma vida independente, a partir da contratação de profissionais/serviços que realizem as atividades que a pessoa idosa possui limitações. O segundo componente concerne em

constituir uma rede de serviços que dê suporte aos familiares ou atenda de forma integral à pessoa idosa, tais como: centro dia e residências de longa duração; cuidados domiciliares; e teleatendimento. O terceiro componente – tempo – consiste em oferecer licenças ou políticas (como redução de carga horária de trabalho) para os familiares que precisam cuidar de um familiar em situação de dependência. Por fim, o quarto componente subsiste em criar regulamentações e inspeções que prezem pela qualidade dos serviços prestados (POSTUMA, 2021).

No Brasil, apenas em 2002, a profissão de cuidador foi reconhecida oficialmente pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), porém até o presente momento não foi regulamentada como atividade profissional. Em 2019, o projeto de regulamentação (PCL 11/2016)⁸⁴ foi vetado pelo presidente da república. Logo, é a lei complementar nº150/2015, derivada da PEC das domésticas, que abrange o trabalho do cuidador. Em 2021, na audiência pública da Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência da Câmara dos Deputados, associações que representam os cuidadores reclamaram da precarização do trabalho, que devido à falta de regulamentação propicia o desvio de função, salários baixos, jornadas excessivas e a falta de formação⁸⁵.

Com base de informações da Organização Internacional do Trabalho, Postuma (2021) destaca a estrutura dos 5R que visam valorizar o trabalho do cuidador formal e informal: reconhecer o valor do trabalho de cuidado não pago; reduzir o trabalho penoso de certas formas de trabalho de cuidado; redistribuir responsabilidades de cuidados não remunerados entre mulheres/homens e famílias/Estado; recompensar adequadamente os cuidadores remunerados; representação dos profissionais de saúde. Para efetivar essa estrutura, ressaltamos algumas medidas que reconhecemos como fundamentais:

- Considerar o trabalho de cuidado não remunerado na formulação de políticas;
- Investir em serviços de atendimento de qualidade, políticas de atendimento e infraestrutura relevante para o cuidado;
- Promover políticas ativas do mercado de trabalho que apoiem a (re)integração de trabalhadores de cuidados não remunerados na força de trabalho;
- Informação e educação para famílias, locais de trabalho e sociedades com mais igualdade de gênero;
- Regulamentar e implementar termos e condições de emprego decentes e alcançar remuneração igual para trabalho de igual valor para todos os profissionais de saúde;

⁸⁴ Cria e regulamenta as profissões de Cuidador de Pessoa Idosa, Cuidador Infantil, Cuidador de Pessoa com Deficiência e Cuidador de Pessoa com Doença Rara e dá outras providências.

⁸⁵ <https://www.camara.leg.br/noticias/805417-cuidadores-reivindicam-regulamentacao-da-atividade/>. Acesso em 08 de abril de 2022

- Garantir um ambiente seguro, atraente e estimulante para os profissionais de saúde;
- Promover a liberdade de associação para cuidadores e funcionários;
- Promover alianças entre sindicatos que representam trabalhadores de cuidados e organizações da sociedade civil que representam beneficiários de cuidados e cuidadores não remunerados (POSTUMA, 2021, p.39).

Para avançarmos nesse sentido, é primordial que a sociedade e o Estado reconheçam o cuidado como direito fundamental do cidadão, além de torná-lo como responsabilidade social pública, retirando-o da esfera da responsabilidade privada. Assim sendo, o indivíduo que presta esse serviço deve ter o direito a receber benefícios sociais (GLENN, 2021). Em consonância com Postuma (2021), Camarano (2010) também assinala algumas medidas para valorizar o trabalho do cuidador familiar: benefícios monetários, grupos de apoio, folga, capacitação, consideração da carga horária despendida com o cuidado de familiares dependentes para fins de aposentadoria, entre outras.

No âmbito do cuidado formal voltado para a população idosa, o município de São Paulo possui uma política pública que consideramos um avanço importante para a rede de cuidados, e que pode servir como modelo para outros municípios: o Programa Acompanhante de Idosos (PAI). Destinado a idosos em situação de dependência, fragilidade clínica e vulnerabilidade social, o PAI tem como objetivos específicos:

1. Promover assistência integral à saúde da população idosa descrita, objetivando desenvolver autocuidado, autonomia, independência e melhoria do estado de saúde.
2. Evitar, ou adiar a institucionalização e oferecer condições a essa população de uma vida mais autônoma e de melhor qualidade.
3. Promover a quebra do isolamento e exclusão social.
4. Formar, acompanhar e dar suporte técnico a acompanhantes de idosos (AI's), para atender a população idosa descrita, em seu domicílio e/ou na cidade.
5. Integrar as redes formais e informais de atenção à pessoa idosa para fortalecimento de parcerias e obtenção de alternativas de atendimento das demandas (SÃO PAULO, 2012).

As equipes do PAI são lotadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e são formadas por: um coordenador (com formação em serviço social), um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar administrativo e dez acompanhantes de idosos (SÃO PAULO, 2012). Conforme pesquisa realizada por Araujo (2020), cada equipe atende cerca de 120 idosos e em 2017 haviam aproximadamente 40 equipes em funcionamento. A maioria dos idosos atendidos são mulheres, com mais de 80 anos e com problemas de saúde diversos.

É visível a importância do convencimento no trabalho das AIs: Convencer a sair de casa, a trocar um tapete de lugar para evitar acidentes e a conseqüente perda de autonomia do idoso, a fazer caminhadas, a se consultar com médicos e outros profissionais da saúde regularmente, a tomar as medicações nos horários indicados, a comer de forma saudável (ARAUJO, 2020, p.36).

Araujo (2020) também destaca que as AI's têm contribuído para promoção da autonomia do idoso e do envelhecimento ativo, conforme relato a seguir:

Após uma visita, a AI Cleide comenta comigo e a AI Marlene – que havíamos saído de uma visita em local próximo – sobre a situação da idosa que acabou de visitar. Cleide disse que anteriormente, a filha da idosa não deixava a mãe fazer nada. Mas Cleide falou para a filha que era preciso preservar a autonomia da idosa. Deixá-la fazer o que podia, mesmo que fosse mais devagar. Assim agora a idosa em questão é responsável por lavar as louças do café da manhã e do jantar. Cleide disse que a idosa fica muito feliz em fazer isso. Além disso, antes a filha da idosa a vestia, agora ela deixa a roupa em cima da cama e a própria idosa se veste sozinha. Cleide disse que isso é fundamental para que a idosa se sinta útil e sinta que está contribuindo. Marlene e Cleide comentaram que acham que essa superproteção dos filhos e netos – não deixando as idosas fazerem nada – contribui para um sentimento de invalidez e de se sentir “atrapalhando” por parte das idosas, além de deixá-las deprimidas, por não fazerem nada (ARAUJO, 2020, p.38).

Ainda no campo do atendimento domiciliar, Camarano (2010) baseada em Pasinato (2009), propõe a capacitação das equipes multiprofissionais que atuam nos Programas de Saúde da Família (PSF)⁸⁶ para o atendimento dos idosos que necessitam no domicílio e nas instituições. “O PSF alterou a lógica da assistência de saúde vigente até então, deslocando o atendimento de curativo para preventivo, articulando-se em torno de ações de promoção e manutenção da saúde e de prevenção de doenças” (CAMARANO, MELLO, 2010, p.73).

Programas e políticas como o PSF e PAI na atenção primária são estratégias importantes na prevenção da institucionalização, no suporte às famílias que cuidam dos idosos funcionalmente dependentes, e também na promoção de saúde e do envelhecimento ativo.

Internacionalmente, países como Alemanha, incorporaram nos seus sistemas de seguridade social um seguro obrigatório para financiar cuidados de longa duração demandados por pessoas com dificuldades ou limitações para a realização das atividades da vida diária (AVD's). O cofinanciamento é realizado de forma idêntica pelos trabalhadores e empregadores, com a alíquota de 1,7% sobre o salário. Os auxílios contemplados podem ser financeiros, prestação de serviços no domicílio ou nas instituições de longa permanência, sendo possível a combinação dos mesmos⁸⁷ (PASINATO, et. al., 2010).

Também se percebe na Alemanha a preocupação com os prestadores de cuidados (familiares ou não). Estes contam com o reconhecimento, por parte do Estado, da prestação dos cuidados para fins previdenciários. As contribuições previdenciárias são previstas para os cuidadores que dedicam mais de 14 horas semanais a cuidados de longa duração de idosos e que trabalham menos de 30 horas por semana. Além

⁸⁶ Criado em 1994 pelo Ministério da Saúde.

⁸⁷ “No caso de idosos institucionalizados a opção pelo recebimento de benefícios em dinheiro não existe. O valor dos benefícios depende do grau de dificuldade para a realização das atividades do cotidiano” (PASINATO, et. al., 2010, p.56).

disso, os cuidadores contam com a possibilidade de gozar um período de descanso de quatro semanas por ano, sendo então rendidos por cuidadores formais (PASINATO, et al, 2010, p.57).

Outra forma de financiamento para políticas de cuidado de longa duração é através de impostos, como é o caso da Dinamarca. Diferente da maioria dos países, o Estado assume essa política como obrigação, descentralizando o papel da família. O cuidado domiciliar, por exemplo, é direito a todos os idosos que apresentam dificuldades para a realização das AVD's, mesmo que existam cônjuges com boa condição de saúde que poderiam exercer esse papel. Os serviços ofertados incluem serviços de enfermagem, profissional com serviços pessoais e serviços domésticos (PASINATO, et. al., 2010).

Um ponto que merece destaque na política de cuidado aos idosos na Dinamarca refere-se ao seu caráter proativo: não são os idosos que no limite de sua capacidade funcional e instrumental e dos recursos familiares tangíveis procuram o Estado para ter acesso aos serviços; os serviços são disponibilizados pelo Estado que periodicamente procura avaliar as condições dos idosos de forma a que se consiga uma transição gradual e adaptativa entre uma situação marcada pela total independência e autonomia do idoso para uma situação de perda dessa autonomia e independência, associada com as crescentes dificuldades dos idosos para a realização das AVDs (PASINATO, et al, 2010, p.61).

No cenário brasileiro, Camarano (2010) aponta como possibilidade o acréscimo de um quarto pilar no sistema de seguridade social: o de cuidado de longa duração. Dessa forma, seria possível prever uma rede de serviços, formas de financiamento e de arrecadação de recursos destinados para pessoas funcionalmente dependentes. Vale ressaltar que existem alguns entraves que merecem um debate mais aprofundado, como por exemplo: não se pode pensar em um seguro obrigatório em um país em que quase metade da população encontra-se no trabalho informal. Ainda, é necessário avaliar quais seriam os valores das contribuições para custear os serviços (CAMARANO, MELLO, 2010).

Além de políticas públicas voltadas para pessoas idosas com dificuldades nas AVD's, reconhecemos também a importância da criação de políticas habitacionais destinadas a idosos independentes, mas em situação de vulnerabilidade social. Políticas nesse sentido podem prevenir a institucionalização, promovendo mais autonomia e independência para a população idosa, além de fortalecer os vínculos sociais e comunitários. Apesar de ínfimas, no Brasil já existem algumas experiências que citaremos a seguir.

Em São Paulo, foi criado o Programa Vila Dignidade, voltado para idosos independentes (mesmo que necessite do uso de equipamentos de autoajuda, como cadeira de rodas); com renda mensal de até um salário mínimo; e vínculos familiares fragilizados. A porta de entrada

do programa são os CREAS e CREAS do município, e o acompanhamento e administração do equipamento é realizado pela Secretaria Municipal de Assistência Social (TACELI, 2021).

Conforme figura abaixo, a estrutura do programa se assemelha a um condomínio residencial, e em cada habitação moram um ou dois idosos (casal ou irmãos). Com exceção das despesas de água, luz e IPTU, todas as outras são de responsabilidade dos próprios idosos (TACELI, 2021).

Figura 1 - Foto do programa Vila Dignidade



Fonte: TACELI, 2021, p.269.

Além da habitação, também há uma equipe de profissionais (assistente social, orientadora e auxiliar de serviços gerais) que realizam a manutenção dos espaços coletivos e auxiliam os idosos que necessitam em atividades como acompanhar em passeios e consultas médicas e na solicitação de alimentos e remédios (TACELI, 2021). Além disso, quanto à renda dos idosos contemplados pelo programa, a maioria recebia menos de um salário mínimo devido a empréstimos em bancos e financeiras (TACELI, 2021). Se realizamos um paralelo com a realidade brasileira, 27% da população idosa (aproximadamente 4,3 milhões) estavam com o nome registrado nos serviços de proteção ao crédito (SPC) em 2014⁸⁸, o que agrava ainda mais a situação de vulnerabilidade dos idosos, que possuem dificuldade de pagar as contas básicas de subsistência.

Também em São Paulo, existe o conjunto habitacional conhecido como Vila dos Idosos, com 145 Unidades Habitacionais (UHs), onde vivem aproximadamente 200 idosos independentes. Os idosos contemplados devem ter uma renda mensal de até três salários mínimos, e diferente

⁸⁸ Disponível em:

https://www.spcbrasil.org.br/uploads/indices_economicos/release_inadimplencia_na_terceira_idade.pdf. Acesso em 14 de abril de 2022.

do programa Vila Dignidade, é cobrado 10% da renda do idoso para o aluguel social. “Em 2018, o cadastro de demanda habitacional listava mais de 10.100 pessoas idosas distribuídas pelo município de São Paulo. Nota-se facilmente que em relação à demanda as UHs são insuficientes, e não consistem ainda em política habitacional” (BONICENHA, 2021, p.275).

Figura 2 - Foto da Vila dos Idosos



Fonte: <http://cohab.sp.gov.br/Noticia.aspx?Id=3608>. Acesso em 11 de abril de 2022.

Realizando um trabalho intersetorial, a Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza uma equipe do Programa de Acompanhante de Idosos (já mencionado nesse tópico) para atender os idosos da Vila dos idosos. “Ainda no âmbito da Saúde, a UBS do bairro do Pari atende no Conjunto por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BONICENHA, 2021, p.276).

Na Paraíba, há também o Programa Habitacional Cidade Madura, composto por 40 (quarenta) residências, destinado a idosos independentes, com renda mensal de até cinco salários mínimos, que não dispõem de moradia digna e que não possuem suporte familiar. Em caso de perda de autonomia, os idosos são encaminhados para a ILPI de referência do município (OLIVEIRA, 2021).

Como vimos, embora sejam residuais, o Brasil possui iniciativas relevantes de políticas públicas para pessoas idosas com diferentes necessidades. Postuma (2021) ressalta que muitas dessas políticas foram conquistadas a partir da pressão e mobilização da sociedade civil. Isso significa que não avançaremos em uma rede formal de cuidados de longa duração se não

houver conscientização e organização da sociedade em prol de recursos para um envelhecimento digno para a classe trabalhadora.

Observamos ainda, que o sucesso das iniciativas envolve um trabalho de intersetorialidade, onde nenhuma política atua de maneira isolada. Dessa forma, um dos desafios na formulação e concretização das políticas públicas é envolver os diferentes campos de atuação, para que a atenção ao idoso seja integral e não fragmentada.

No próximo capítulo, centraremos nossa análise nas ILPI's, serviço localizado na assistência social, mas que para proporcionar um atendimento de qualidade aos idosos institucionalizados, exige a interface com outras políticas, sobretudo com a política de saúde. Nossa questão central será: como se constitui a interface das políticas de saúde e da política de assistência social no âmbito das ILPI's filantrópicas e públicas no estado do Espírito Santo? Para responder essa questão, realizamos uma pesquisa de campo em 12 ILPI's do Espírito Santo, como veremos a seguir.

CAPÍTULO 3. O ACESSO À POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE POR PESSOAS IDOSAS RESIDENTES NAS ILPI'S FILANTRÓPICAS E PÚBLICAS DO ESPÍRITO SANTO

No presente capítulo buscaremos responder algumas inquietações que nos motivaram a realizar essa pesquisa: como se constitui a interface das políticas de saúde e da política de assistência social no âmbito das ILPI's filantrópicas no estado do Espírito Santo? Como se dá o acesso aos direitos no campo da saúde pelo(as) idosos (as) abrigados (as)?

As ILPI's, ao longo de sua existência, têm se constituído como serviço indispensável para alguns idosos, sobretudo para àqueles que possuem dificuldades nas suas atividades de vida diárias (AVD's) e que possuem vínculo rompido a família e comunidade. Dessa forma, consideramos de significativa relevância pautarmos os problemas desse serviço, para que o conhecimento obtido neste estudo possa, em conjunto com a sociedade e os órgãos de controles social, propor estratégias e encaminhamentos para os desafios postos.

Apresentaremos no primeiro tópico um breve panorama das ILPI's da nossa pesquisa de campo, identificando as principais categorias profissionais, perfil dos idosos abrigados, fontes de recurso e sobre a prática do voluntariado e da filantropia contrapondo a lógica do direito dentro das instituições.

No segundo tópico, buscaremos responder alguns questionamentos a partir dos relatos dos/as entrevistados/as, que nos levaram a identificar como tem se constituído a interface entre as políticas de assistência social e saúde no âmbito das ILPI's. Ainda, abordaremos sobre algumas dificuldades no que tange à interface com a política de saúde para o atendimento das necessidades de saúde dos idosos.

Por fim, apresentaremos algumas saídas para os desafios postos, a partir da perspectiva de quem está presente no dia a dia das instituições.

3.1 Panorama geral das ILPI's filantrópicas e públicas do Espírito Santo

Conforme já mencionamos, a pesquisa de campo foi realizada em 12 ILPI's do Espírito Santo, sendo 10 (dez) de natureza filantrópica (privada sem fins lucrativos) e 2 (duas) de natureza pública. Na apresentação dos dados coletados, preservaremos a identidade da instituição e dos/as entrevistados/as, em consonância com o termo de consentimento livre e esclarecido

assinado pelas partes. Identificaremos as instituições por número (ex.: instituição 1, instituição 2), porém, para não haver associação dos dados, revelando, dessa forma, a instituição em alguns momentos, optamos por não realizar quaisquer identificação.

A princípio, a intenção era entrevistar coordenadores ou assistentes sociais das instituições. Todavia, por existirem questões relacionadas à saúde dos idosos institucionalizados, alguns coordenadores preferiram que profissionais da saúde concedessem ou acompanhassem a entrevista, conforme o quadro abaixo. Dos 12 entrevistados, apenas um era do sexo masculino, o que reflete a feminilização da função do cuidado, tema que discutimos no capítulo anterior.

Tabela 3 - Função dos entrevistados

Instituição	Função dos entrevistados
1	Enfermeira
2	Enfermeira e Fisioterapeuta
3	Enfermeira e Assistente Social
4	Coordenadora (enfermeira)
5	Assistente Social
6	Coordenador
7	Assistente Social
8	Assistente Social
9	Assistente Social
10	Assistente Social e Técnica de Enfermagem
11	Coordenadora (assistente social)
12	Assistente Social

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Quanto à taxa de ocupação das instituições pesquisadas, observou-se que 50%(6 instituições) encontram-se no limite em relação as vagas, sem vagas ou ultrapassou o limite disponível. Outras duas (destacadas abaixo), apesar de ainda ter um número considerável de vagas, ultrapassaram o limite permitido pela resolução nº005/2014 do CEDDIPI, que estabelece o limite de 40 residentes como a capacidade máxima nas ILPI's. Esse fato ratifica o que já apontamos anteriormente, a demanda por abrigo de pessoas idosas tem sido expressiva e em alguns municípios do ES as instituições disponíveis já não estão conseguindo atender todos os idosos que necessitam. “A demanda está crescendo muito. A minha capacidade é dez e eu estou com doze, né? E tem um monte querendo entrar!” (instituição 11, 2022).

Tabela 4–Taxa de ocupação das instituições

Instituição	Número de vagas	Número de abrigados	Percentual de ocupação (%)
1	40	40	100

2	40	40	100
3	70	56	80
4	40	36	90
5	40	45	112,50
6	32	26	81,25
7	25	23	92
8	15	6	40
9	60	46	77
10	31	27	96,77
11	10	12	120
12	20	19	95
Total	423	376	88,9

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A política de assistência social é concebida como um direito não contributivo, ou seja, o usuário não deveria contribuir para acessar qualquer tipo de benefício e/ou serviço ofertado. Todavia, no caso das ILPI's filantrópicas, é permitido em lei essa cobrança de até 70% da renda da pessoa idosa abrigada.

Todas as instituições filantrópicas pesquisadas utilizam 70% da renda do idoso como fonte de recurso para institucionalização; apenas duas instituições de natureza pública relataram não usar o salário/benefício dos idosos por não ser permitido em lei. Sobre isso, uma entrevistada relatou:

Infelizmente ainda não existe uma lei que ampare os abrigos públicos a utilizar esse recurso. Hoje a gente entende como dificuldade essa questão, porque a gente tem o idoso que tem um recurso e a gente não pode utilizar. Não utilizar para comida. Mas, eu falo assim, utilizar pra pro vestuário, um exame. Às vezes o idoso quer pintar o cabelo! Tem uma idosa aqui que é muito vaidosa, quer fazer a unha... então assim, pra essas coisas que eu falo (2022).

Uma das instituições relatou que o recurso recebido não é suficiente, dessa forma ela utiliza parte dos 30% do salário/benefício que é direito do idoso para contribuir no pagamento das despesas da ILPI:

Às vezes a gente acaba usando um pouquinho esses trinta por cento, devido que a gente precisa, aí como que ele entra? Ele entra como doação. Por exemplo, hoje o idoso fica com trezentos e trinta reais, né? Que ele pode ficar. E aí a gente repassa um valor pra ele, tipo assim, cem reais, cento e cinquenta reais, enfim. O que ele acha que ele quer ter na mão e aí depois ele doa o restante pra instituição. Entra como doação, entendeu? (2022).

As demais fontes de recursos citadas pelas instituições foram⁸⁹: termo de fomento com município/prefeitura, termo de colaboração com a Secretaria de Assistência do Município, fundo estadual e emendas parlamentares.

Onze das 12 instituições relataram a importância das doações e parcerias com a sociedade civil, tais como: doações de empresa, campanhas, profissionais que prestam serviço de forma voluntária, bazar, brechó, festas, sócios colaboradores que doam mensalmente e penas judiciais.

A gente vive de doações da comunidade (instituição 4, 2022).

A gente recebe doação de roupa, de alimento, higiene pessoal... É uma casa que na verdade toda a sua história viveu de doações (instituição 5, 2022).

Colocamos nas redes sociais campanha de leite, campanha de fralda, campanha de produtos de higiene e, assim, não pode faltar essas campanhas, faz toda a diferença. Porque o valor que é contemplado, ainda não consegue manter cem por cento da instituição. Então, a gente tem que fazer essas campanhas (instituição 7, 2022).

Quando tem alguma coisa que a gente precisa, a gente faz campanha para captar, um alimento, um equipamento (instituição 8, 2022)

Apesar de o acolhimento de idosos em situação de risco social e vulnerabilidade ter se tornado um direito, a maioria das instituições são administradas por entidades filantrópicas e não pelo Estado. Ainda, os recursos públicos repassados são insuficientes, o que obriga as instituições a apelarem para benevolência da sociedade civil. Ou seja, a gestão e parte do sustento dessas entidades dependem de atos de caridade, trazendo dessa forma, profundas marcas de sua origem. Percebe-se, portanto, uma transferência de responsabilidade do Estado para a sociedade civil, indo na contramão da proposta prevista na CF e pela política de assistência social. De acordo com Boschetti (2003), pela lei, as entidades deveriam atuar como colaboradoras e não como substitutas da ação governamental.

Portanto, evidencia-se uma contradição: enquanto a assistência social se insere no domínio público e na concessão de direitos, em contrapartida, a filantropia pertence à órbita das motivações particulares e do favor (OLIVEIRA, 2003).

Na prática, o Estado é responsável pela regulação a partir de legislações específicas e com a transferência de recurso público, mas as entidades filantrópicas continuam como as principais executoras do serviço da ILPI. “Essa abstenção do Estado e sua presença apenas no campo regulatório fazem com que se questione a efetiva presença de direitos sociais no longo caminho percorrido até a constituição de 1988” (COUTO, 2004, p.76).

⁸⁹ Nem todas as instituições recebem todas as fontes citadas.

No que se refere às especialidades mais contratadas nas ILPI's, as profissões de assistente social, cuidador, cozinheira, auxiliar de serviços gerais/limpeza e lavadeira são as que mais aparecem. A tipificação e o funcionamento do sistema de repasse de financiamento às entidades que desenvolvem programas de longa duração estão previstos apenas na política de assistência social, não há qualquer previsão na área da saúde. Dessa forma, mesmo não sendo previsto repasse de recurso para contratação, 10 das 12 instituições pesquisadas possuem profissionais de saúde⁹⁰, sendo que psicólogo integra a equipe de 8 instituições, em seguida, enfermeiro e nutricionista são os mais contratados (7 de 12 instituições possuem os respectivos profissionais).

Tabela 5 - Relação de quantidade de profissionais e especialidades das ILPI's

Instituição	Quantidade de profissionais	Especialidades	
		OUTROS PROFISSIONAIS	PROFISSIONAIS DE SAÚDE
1	40	Assistente social, administrador, cozinheira, auxiliar de cozinha, lavadeira, cuidador, e auxiliar de limpeza	Enfermeiro, psicólogo, nutricionista e técnico de enfermagem
2	Não informou	Não informou	Enfermeiro e fisioterapeuta
3	46	Assistente social, educador social, cuidador, auxiliar de serviços gerais, motorista, secretário, coordenador técnico e cozinheira.	Enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista
4	33	Assistente social, administrativo, cozinheira, copeira, servente e cuidadores	Enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo e nutricionista
5	34	Assistente social, cuidador, auxiliar de serviços gerais, cozinheira, motorista, vigilante, escriturário, psicopedagogo e coordenador	Técnico de enfermagem, fisioterapeuta e psicólogo
6	18	Assistente Social, coordenador administrativo, cuidador, lavadeira, cozinheiras, auxiliar de serviços gerais e serventes de limpeza.	Não possui
7	21	Assistente social, cuidador, auxiliares de serviços gerais, cozinheira, artesã, lavadeira e educador físico	Enfermeiro, nutricionista e psicólogo
8	16	Assistente social, cuidador, educador físico, cozinheira, auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais e coordenador	Nutricionista e psicólogo
9	34	Assistente social, administrador, cuidador, motorista, auxiliar administrativo, lavadeira, auxiliar de serviços gerais, cozinheira e auxiliar de cozinha.	Enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, e técnico de enfermagem
10	27	Assistente social, contador, motorista, gerente administrativo, auxiliar administrativo, educador físico, cuidador, e auxiliar de serviços gerais	Enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta
11	17	Assistente social, funcionárias da limpeza, cozinheiras, coordenadora, cuidador e vigia	Psicólogo

⁹⁰ Apesar do assistente social também ser considerado um profissional de saúde, aqui ele é enquadrado como um profissional da política de assistência social.

12	10	Assistente social, coordenadora, responsável técnica, cuidador, cozinheira, auxiliar administrativo e auxiliar de serviços gerais	Não possui
----	----	---	------------

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Acerca do perfil dos idosos abrigados, nas 12 instituições pesquisadas, existem 376 idosos, sendo 181 (48,14%) mulheres e 195 (51,86%) homens. No tocante à quantidade de idosos por raça/cor, 4 entidades não informaram ou não possuíam esses dados, 6 relataram que possuíam mais idosos pardos e negros e em apenas 3 instituições a quantidade de idosos brancos superou a categoria de negros. A idade média dos idosos institucionalizados varia de 70 a 90 anos e a renda média de 1 salário mínimo ou nenhuma renda. Quanto ao grau de dependência⁹¹, 49,6% encontram-se no grau II, 27, 2% no grau I e 23,1% no grau III.

Tabela 6 - Perfil dos idosos abrigados nas ILPI's

Instituição	Nº abrigados por sexo		Nº abrigados por raça			Renda Média dos idosos	Idade Média dos abrigados	Grau de Dependência		
	F	M	Branco	Pardo	Preto			1	2	3
1	20	20	Não possuem esse dado			1 salário mínimo	80	20	7	13
2	19	21	"Maioria parda"			1 salário mínimo	78	Não tem a classificação		
3	31	25	"Maioria pardo e negro"			1 salário mínimo ou nenhuma	80	18	15	2
4	17	19	17	11	8	1 salário mínimo	70	9	19	8
5	17	28	Não possuem esse dado			1 salário mínimo ou nenhuma	70	Não informou		
6	8	18	11	10	5	1 salário mínimo	80	10	8	8
7	23	0	Não possuem esse dado			1 salário mínimo	90	2	18	3
8	5	1	4	0	2	1 salário mínimo ou nenhuma	80	0	2	4
9	19	27	34	4	8	1 salário mínimo	82	3	31	12
10	9	18	18	8	1	1 salário mínimo	80	6	10	11
11	3	9	2	0	10	1 salário mínimo ou nenhuma	70	4	6	2
12	10	9	"Maioria parda"			1 salário mínimo	75	0	17	2

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

O aumento da demanda pelas ILPI's está inserido em uma conjuntura em que os recursos são insuficientes para arcar com todas as despesas e a solidariedade da sociedade civil aparece como única alternativa para garantir todo o sustento das entidades.

⁹¹ Conforme já descrevemos anteriormente a RDC nº502/2021 define: grau de dependência I: idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda; grau de dependência II: idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; e grau de dependência III: idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

Além disso, a partir do perfil aliado aos relatos dos entrevistados, podemos constatar que são os idosos mais carentes, em situação de vulnerabilidade social, com vínculo familiar rompido e com alguma dificuldade em relação a realizar atividades essenciais da vida diária que vão demandar a institucionalização.

Tem idoso que chega aqui debilitado, chega sujo, com a higiene muito, muito precária! Nós já pegamos idosos que já entrou na casa assim com indícios de agressão física (...). Você vê que o idoso ele é mais deprimido, você tem um idoso às vezes que tem uma resistência em receber o cuidado, tem uma resistência em estar socializando, justamente por causa dessa agressão psicológica já sofreu um dia na vida dele ou que ele também já fez, né? Que a gente tem idosos também aqui que já que tem um histórico também que já agrediu, que tá aqui também por algum motivo de rompimento de vínculo familiar, que o familiar não quer cuidar (instituição 10, 2022).

A partir do relato, percebemos que os idosos acolhidos além de terem seus vínculos familiares e comunitários rompidos ou fragilizados, possuem seu quadro de saúde agravado. A priorização por contratação de profissionais de saúde, mesmo sem recurso destinado para esse fim, sugere que a interface com a política de saúde para o atendimento das necessidades dos idosos institucionalizados não é suficiente, requerendo o profissional de saúde no cotidiano da instituição.

A seguir, identificaremos as principais demandas de saúde⁹² dos idosos nas ILPI's e como se dá a interface com a política de saúde para o atendimento dessas necessidades.

3.2 A Interface entre as políticas de assistência social e de saúde no âmbito das ILPI'S

O presente tópico e subtópico visam responder três de nossos objetivos específicos: mapear o atendimento das demandas de saúde clínicas das pessoas idosas residentes nas ILPI's filantrópicas e públicas do ES; analisar as demandas clínicas dos idosos que ensejam a necessidade de interface da política de saúde com a política de assistência; e analisar a implementação do plano integral de saúde do idoso nas ILPI's.

Nesse sentido, buscaremos responder os seguintes questionamentos: quais são os principais problemas de saúde dos idosos institucionalizados? Como são atendidas essas demandas de saúde? Como se dá a prescrição dos medicamentos? A instituição realizou e pactuou o plano integral de saúde com o município? Existe alguma dificuldade no atendimento às demandas de saúde dos idosos? Essas foram as principais perguntas que nortearam a nossa entrevista

⁹² Sabemos que o conceito de saúde é amplo e envolve diversos fatores, porém nesse momento, focaremos nos aspectos patológicos e clínicos.

junto às instituições. Todavia, como a entrevista era semi estruturada, ao longo do diálogo surgiram ainda questões fora do que havia sido planejado, mas que consideramos importante para nos aproximarmos ainda mais do nosso objeto de estudo.

No que concerne aos principais problemas de saúde dos idosos abrigados, a hipertensão fica em primeiro lugar, sendo que 11 de 12 instituições destacaram essa doença. Em seguida, diabetes (9 instituições), Alzheimer (4 instituições), demência (3 instituições), seqüela de AVC e/ou AVC (3 instituições) e transtorno mental (3 instituições).

Tabela 7 - Principais problemas de saúde dos idosos

Instituição	Principais problemas de saúde dos idosos
1	Hipertensão, diabetes, demências, Alzheimer, Parkinson, esquizofrenia (transtorno mental) e problemas vasculares
2	Hipertensão, diabetes e dependente químico
3	Hipertensão, diabetes e Alzheimer
4	Hipertensão, diabetes, sequelas de AVC e cardíaco
5	Hipertensão, diabetes, Parkinson, Alzheimer e colesterol alto
6	Hipertensão, diabetes, AVC, cardíaco e problemas de coluna
7	Hipertensão, diabetes e infecção urinária
8	Hipertensão, cardíaco, sequelas de AVC, ansiedade, doença senil, demências e transtornos mentais
9	Hipertensão, diabetes e transtorno mentais
10	Demência, Alzheimer, renal crônico, DPOC e câncer
11	Hipertensão, aneurisma, alcoolista e tabagista
12	Hipertensão e diabetes

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Conforme veremos nos relatos dos entrevistados, percebe-se que não há um padrão no atendimento das demandas de saúde dos idosos abrigados. Nas diferentes regiões esse atendimento ocorre de maneira diversa. Enquanto algumas instituições não têm conseguido uma boa articulação com a política de saúde e apontam inúmeras dificuldades, outras relatam estabelecer uma rotina de atendimento às demandas de saúde dos idosos a partir de uma boa interface com a política de saúde. Ainda, há aquelas que precisam realizar pressões diárias junto à prefeitura e a secretaria municipal de saúde para receber algum tipo de apoio da política de saúde e mesmo assim ou não conseguem ou, têm avançado a passos lentos.

O que podemos afirmar é que, mesmo as ILPI's que têm conseguido uma boa articulação com a política de saúde não descartam a importância de ter profissional de saúde dentro da instituição. Assim, 100% dos entrevistados relataram ser crucial a presença do referido

profissional na ILPI ou disseram que se houvesse, iria contribuir muito para o atendimento das necessidades de saúde dos idosos.

(...) o que é no caso algum dispositivo que eu tenho que fazer, intravenoso ou alguma coisa intramuscular só eu que faço (enfermeira falando). Eles (cuidadores) não estão mais autorizados a fazer dispositivos que sejam invasivos, só são autorizados a fazer medicação via oral e os cuidados físicos, né? (Instituição 2, 2022)

O profissional de saúde consegue identificar, por exemplo, se o idoso tem uma infecção urinária, se ele apresenta algum tipo de sintoma, se ele está com uma pressão alta e o que fazer numa situação de emergência. Como passar pro SAMU as intercorrências, os sinais. Ele melhora a qualidade de vida do idoso na instituição. Acaba que o cuidador, ele não tem esse estudo, essa experiência, né? Eles não têm muito norte do que fazer numa emergência ou quem procura, qual medida que toma (Instituição 3, 2022).

Fundamental pela orientação e pelo suporte que ela dá aos cuidadores. Porque o cuidador de idoso ele não tem uma formação, nem técnica, né? Porque é um curso que a gente faz em três meses, às vezes é uma capacitação, né? Então assim, a expertise, a experiência e o saber do profissional da enfermagem faz toda a diferença: no uso de uma medicação, na contra-indicação de uma medicação, sinais, por exemplo, de um AVC, que as pessoas começam a ter sintomas.. Então a enfermagem, a enfermeira no caso, tem esse olhar holístico, sabe? Até porque ela está em todos os plantões, entendeu? (Instituição 7, 2022).

Seria benéfico, porque seria mais qualificado que eu (assistente social). Para além disso, nós teríamos uma amplitude de atender essa população que está desprovida né?! Eu nego vaga porque eu não tenho profissional adequado para fazer o cuidado necessário. Porque é muito difícil para eu aceitar um idoso que usa sonda, ou gastro, que tenha uma tráquea e eu que vou orientar meu cuidador... eu não tenho segurança para isso. Eu que sou responsável pelo que o cuidador está fazendo (Instituição 8, 2022).

Insta refletir que é justamente quando as pessoas idosas se tornam dependentes por algum motivo de saúde que as famílias não conseguem mantê-las. E não o conseguem, na maioria das vezes, por questões de sobrevivência própria. O adoecimento e conseqüentemente a dependência física e às vezes mental atravessa o cotidiano das famílias do dia para noite sem que haja tempo e condições objetivas para o desempenho do cuidado necessário.

Identificamos que algumas tarefas dentro da instituição ultrapassam a competência e o saber profissional do cuidador, por essa razão, os entrevistados consideram importante a presença de um profissional de saúde na ILPI. Além disso, percebemos diante dos relatos que alguns idosos podem ter suas doenças agravadas em caso de ausência de um profissional de saúde dentro da entidade.

Nós temos idosos aqui que nós temos que monitorar diariamente. A maioria na verdade. Cardíacos que tem que monitorar sinais vitais; nós temos diabéticos que são insulino-dependentes, que tem que fazer esse monitoramento diário, às vezes dá uma desregulada no quadro de hiperglicemia... então é quando a gente entra junto com a nutricionista no balanceamento da alimentação, nas dietas... E esses idosos eles têm sim que ser monitorados por um profissional de saúde. Assim como

também nós temos idosos hoje que entraram há pouco tempo na casa, com úlcera de pressão aberta, que você tem que estar monitorando isso, tem que tá monitorando a evolução. Os curativos, nós temos idosos aqui com curativo, já crônico, venoso, né? Com insuficiência venosa. Aqui a gente também tem que tá monitorando diariamente a evolução desse curativo, tamanho de ferida, coloração... No geral nós temos poucos idosos que não são comprometidos que daria pra “passar”, mas não excluiria a necessidade de um olhar profissional de saúde nele, entendeu? (instituição 10, 2022).

Nós temos uma idosa que ela é grau três que ela usa a gastrostomia, e é totalmente acamada (instituição 3, 2022).

Hoje a gente tem uma idosa que ela precisa ficar 24 horas no oxigênio (instituição 4, 2022).

Observamos que o Art.4 da Política Nacional do Idoso (PNI) veda a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social. Porém, o art. 20 do decreto nº9.921, de 18 de julho de 2019 prevê que as ILPI's podem firmar contratos ou convênios com o sistema de saúde local caso existam idosos nessas condições. Apesar disso, ainda não há nenhum registro de instituição que tenha conseguido realizar esse convênio com a Saúde no Espírito Santo. Compreendemos que é urgente avançarmos nessa discussão, e pressionar os órgãos públicos para que esses convênios sejam realizados, uma vez que não existem hospitais de longa permanência ou instituições de saúde no Espírito Santo que atendam essa demanda.

Uma das entrevistadas relatou que, quando o quadro de doença do idoso evolui e o cuidado permanente de um profissional de saúde torna-se fundamental, a instituição prefere deixar o idoso internado em um hospital geral, pois avalia que a ILPI não possui condições de atender o idoso de forma qualificada, pois não possui profissionais de saúde.

É uma briga, mas a gente se mantém firme porque a gente sabe que é o melhor. A gente já tentou ficar aqui com idosos que usavam sonda, mas o sofrimento do idoso no sentido de que a gente não consegue ofertar o cuidado adequado... a gente vê a nossa limitação técnica de ofertar. Então hoje a gente se posiciona muito firmemente em relação a isso. Se o idoso evoluir, se tiver hospitalizado, e precisar de cuidados contínuos de enfermagem, a gente não recolhe o idoso do hospital. A gente articula a saída dele, no sentido de desvincular ele da instituição, e de todo o apoio enquanto ele está aqui. Quando isso não acontece, se ele tiver que falecer no hospital, ele vai ser nossa responsabilidade, mas dentro hospital. A gente não acolhe de volta, se a gente não tiver condição de cuidar (funcionário ILPI, 2022).

Insta resgatar na tabela 5 que apenas 2 de 10 entidades não possuem quaisquer profissionais de saúde. Porém, uma das dificuldades mais apontadas pelas ILPI's refere-se à impossibilidade de usar os recursos recebidos pelos órgãos públicos para contratar profissionais de saúde, já que as ILPI's integram a política de assistência social e não há qualquer tipo de previsão de recurso da saúde para essas entidades.

A gente paga com recurso próprio os profissionais da saúde. Porque nenhuma parceria que a gente faz, nem com SETADES, nem com o município, nada a gente pode pagar profissional da saúde, inclusive nem fisioterapeuta e nem nutricionista. É complicado, né? Porque 70%, 80% da despesa da instituição é folha de pagamento. Então a gente sempre tenta parceria pra suprir essa necessidade que é de folha de pagamento (funcionário ILPI, 2022).

O dinheiro que nós recebemos é da assistência social e não da saúde. Então as irmãs pagam dinheiro da enfermeira com recursos próprios da instituição (funcionário ILPI, 2022).

Se tratando de um equipamento da assistência, normalmente a secretaria oferta de suporte pra custeio é um cuidador de idosos, que não é um profissional da saúde. Então muitas instituições não conseguem custear profissionais da saúde com recurso próprio. Então, nem todas as instituições, por exemplo, apresentam essa equipe: enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, né? Tem uma equipe básica. Na nossa instituição nós temos todos esses profissionais que são custeados com recurso próprio e não temos um uma oferta de serviço da Secretaria de Saúde (funcionário ILPI, 2022).

A grande dificuldade que nós temos em trabalhar é que a gente não tem nenhum incentivo do município na questão financeira, né? Então tudo que a gente tem que trabalhar é com o que vem da assistência e a gente não pode custear a saúde. Tanto que até a o salário dos profissionais de saúde não pode ser pago com esse recurso (funcionário ILPI, 2022).

A instituição não consegue arcar ainda com um psicólogo (...). A gente tem problemas de idosos aqui com dificuldade de adaptação, que querem ir embora, que causam problemas quase todos os dias aqui, entendeu? E aí a gente precisa sim ficar implorando pro município (...) porque o CREAS entende que ele não pode fazer atendimento individual. E a saúde só tem uma psicóloga e está lotada. Então assim, a gente passa por uma dificuldade tremenda sobre essa questão do psicólogo (funcionário ILPI, 2022).

(...) a secretária de assistência social fala que ela tem interesse em estar colocando técnicos de enfermagem dentro do abrigo. Porém, nesse caso, o complicado é a questão da contratação (...). Porque hoje na Secretaria de Assistência Social não temos o cargo, teria que criar o cargo e fazer o processo seletivo (funcionário ILPI, 2022).

A partir dos discursos aqui apresentados, podemos inferir que essa impossibilidade de utilização de recurso para pagamento dos salários dos profissionais de saúde onera as despesas das ILPI's, e as obrigam a depender da caridade da sociedade civil para compensar outros quesitos que são essenciais, como certos tipos de materiais, comida, fralda, roupa, e etc. Algumas instituições, ainda, tentam dar um “jeitinho” para conseguir utilizar o recurso e garantir a presença de um profissional de saúde dentro da instituição, conforme relato a seguir:

Porque tem um grande problema, que por ser uma instituição da assistência a gente não pode vincular essas emendas parlamentares ou até as verbas das prefeituras pra pagar os profissionais de saúde. Então é o grande problema que a gente tem né? Vou pagar o enfermeiro, o técnico, o fisioterapeuta, o nutricionista, a gente não tem recurso financeiro. Hoje eu sou enfermeira, mas eu estou como coordenadora. E até a gente trocou essa nomenclatura pra eu conseguir receber diante dessas emendas que vem, né? (funcionário ILPI, 2022).

Por se tratar de um profissional de nível de superior, sabemos que o enfermeiro é mais caro para a instituição que um técnico ou auxiliar de enfermagem, dessa forma, algumas instituições conseguem contratar apenas o profissional que custa menos para a instituição. Ocorre que, de acordo com o art. 15 da Lei nº 7.498 /1986 e art. 13 do Decreto nº 94.406/198, as atividades dos técnicos e auxiliares de enfermagem, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de enfermeiro. Dessa forma, as instituições ficam irregulares caso contratem apenas o técnico ou auxiliar de enfermagem.

(...) A solicitação de um enfermeiro, que inclusive o Coren exigiu, né? Que se eu tenho um técnico ele quer a presença de um enfermeiro e a secretaria de assistência não vai providenciar isso; e o serviço não consegue custear isso com o benefício do vovô. Então seria a parceria com a Secretaria de Saúde mesmo (...), temos a referência da enfermeira (da UBS), mas a enfermeira é referência pra todos esses bairros aqui, né? Então ela não vai dar aquela assistência ao nosso técnico aqui. Ela não vai estar in loco, ela é só uma referência. Tanto pra ela vir aqui é só quando a médica vem mesmo ou situação de falecimento (funcionário ILPI, 2022).

A partir do relato acima, começamos adentrar na categoria de análise da integralidade, que nesse estudo tem como foco a interface das ILPI's (que integra a política de assistência social) com a política de saúde. Ambas as políticas sociais – saúde e assistência – compõem o tripé da seguridade social e consideram a integralidade como um valor a ser seguido. De forma a ratificar esse valor, a política nacional de saúde da pessoa idosa⁹³ possui como diretriz o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção e propõe a articulação das ações do Sistema Único de Saúde com o Sistema Único de Assistência Social – SUAS. No âmbito das ILPI's, isso pressupõe a compreensão dos sujeitos abrigados como um ser integral e indivisível. Desse modo, as ações ofertadas pelas referidas políticas não deveriam ser fragmentadas e desarticuladas, e sim, atender as necessidades dos sujeitos em sua totalidade.

Durante o processo da análise de conteúdo, foi possível perceber que umas das principais interfaces das ILPI's com a política de saúde são com as Unidades Básicas de Saúde (UBS's) do município. Todas as instituições entrevistadas possuem algum tipo de articulação com as UBS's, porém apenas 5 de 12 ILPI's relataram existir uma rotina de atendimento.

A Unidade Básica do Bairro é como tu sabe, ela é a porta de entrada né? Quando é emergência é encaminhado aos prontos atendimentos. Mês a mês a médica vem fazer a visita, atender as prioridades, olhar tudo, aí ela fica aqui a manhã inteira. Uma vez por mês. E em casos de alguma intercorrência, a gente liga e leva lá na unidade. Isso porque é muito próxima a unidade, da para ir andando (funcionário ILPI, 2022).

A médica da unidade vem na ILPI a cada 15 dias, e a técnica de enfermagem todos os dias (funcionário ILPI, 2022).

⁹³ Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.

Nós temos a médica (ESF) que vem aqui quinzenalmente, vem atender as demandas de troca de receitas e atendimento dos idosos. Quando ela chega ela mede a pressão, a saturação, e vê as demandas que estão precisando naquele momento, entendeu? (funcionário ILPI, 2022)

Tem a médica da unidade de saúde do nosso território e ela presta assistência pra gente de quinze em quinze dias. Ela vem aqui na instituição. E, se for preciso, retorna em outro momento ou a gente leva o idoso até ela. Então, se o idoso precisa de um atendimento, a gente faz aquele primeiro atendimento básico, né, a triagem. Aferição de sinais vitais... A gente observa como que está o idoso, a queixa dele. Se for algo de urgência, encaminha pro pronto-socorro (...). Tem a parte odontológica, a gente agenda consultas e encaminha o idoso até a unidade de saúde também. Hoje precisei de vacina, né? Na mesma hora eu fui atendida, eles já mandaram o carro aqui pra três idosos e três funcionários. A gente tem uma boa uma boa dinâmica, né? Principalmente com a Unidade Básica de Saúde (funcionário ILPI, 2022).

A gente faz aqui um trabalho diário de acompanhamento de curativo, medicação, a gente tem muita medicação, tem bastante medicação controlada, que a gente tem que fazer esse monitoramento, acompanhamento diário, né? E ver como é que tá a adaptação do idoso a essa medicação... se não tiver fazendo mais o efeito terapêutico, a gente tem que tá trabalhando a mudança, juntamente com a estratégia. Também temos a questão de vacinação, que a gente tem que estar seguindo o cronograma, a caderneta de vacinação em dia (...). Temos um cronograma quinzenal da estratégia da saúde da família, né? A gente dá prioridade para os idosos que têm exames pra mostrar, que têm tratamento pra evoluir, precisam de algum encaminhamento ou que teve alguma intercorrência nesse período (funcionário ILPI, 2022).

Nos dois últimos relatos percebemos que a equipe de saúde da instituição trabalha em permanente articulação com a UBS. Constatamos a relevância desse cuidado diário e acompanhamento de saúde dos idosos dentro da instituição, inclusive para identificar qual o melhor encaminhamento para o idoso.

Todavia, quatro entrevistados/as destacaram a ausência dessa rotina e o esforço realizado pela instituição para estabelecer esse atendimento da UBS de forma mais frequente. Inclusive, no relato abaixo observamos o vínculo frágil da instituição com a UBS, em que a mesma não reconhecia as receitas da ILPI, pois considerava que o médico que prescrevia era “particular”. A instituição, entretanto, alegou que as receitas eram prescritas por um geriatra que prestava serviços voluntários para instituição, já que não era ofertado atendimento médico continuado para os idosos abrigados pela secretaria de saúde do município.

Nós somos referenciados á Unidade Básica de Saúde aqui da nossa região e é a partir dela que a gente dá entrada em tudo que a gente precisa no município. Então unidade de saúde, encaminha pra Secretaria de Saúde, Central de Regulação né? E ali a gente consegue aí os encaminhamentos. Eu tenho agente de saúde, mas que em época de pandemia ela não veio aqui, eu tenho a enfermeira da unidade que a gente sempre se reporta a ela o que precisa, né? E tem a médica da saúde da família que é a nossa principal médica. Então, em casos de urgência, solicitação, às vezes a gente leva só o prontuário do idoso que ela já acompanha, ela conhece e aí ela pode fazer uma evolução, uma prescrição, questão de continuidade ou interrupção de medicação, como em alguns casos ela vem aqui. Mas ela não tem uma carga horária que a permita atender aqui frequente, que possa fazer uma escala mesmo né? Uma

rotina aqui semanal ou quinzenal ou mensal ela esteja aqui (...) A gente sempre tentou fazer uma escala de uma rotina, por exemplo, atendimento médico na unidade uma vez ao mês, quinzenal. Hoje isso ainda não acontece. Não conseguimos ainda. Mas a gente tem um plano que a gente solicita isso, né? É tudo uma construção e é urgente que se faça (funcionário ILPI, 2022).

Nós temos o médico da família que aqui é o médico do posto, né? Esses postos de saúde, temos o enfermeiro que vem junto com ele, o técnico de enfermagem, quando tem que realizar o curativo, a enfermeira vem explicar o cuidador pra fazer o curativo (...). Antigamente a gente tinha um dia fixo. Agora é só a partir do momento que a gente tem demanda. Mas nós estamos trabalhando para que eles venham quinze em quinze dias, mesmo porque a gente tem o plano integral que consta lá na RDC, que consta que em quinze em quinze dias eles teriam que vir na instituição. Então a gente tá trabalhando pra que isso ocorra (funcionário ILPI, 2022).

Como a gente tem enfermeiros e técnicos de enfermagem aqui, algumas coisas como curativo, alguns atendimentos mais básicos que poderiam ser atendidos na unidade básica de saúde são feitos aqui. A gente combina de pegar o material, por exemplo, gaze, na saúde, e os nossos enfermeiros fazerem aqui. Mas a gente tem dificuldade nisso, porque nem sempre consegue esses materiais, né? Se a gente fosse encaminhar cada idoso pra unidade de saúde seria mais difícil pra gente (funcionário ILPI, 2022).

Olha é muito complicado, porque o apoio da unidade de saúde nós temos bem pouco, bem pouco. Eu só consegui articular a questão de medicação, pra pegar algumas medicações pela rede e com muita dificuldade, porque eles não aceitavam a receita da nossa instituição. Eles alegavam que era receita particular e na verdade não é. Então assim com o tempo a gente conseguiu articular para pegar a medicação. Eu até tenho contato de uma agente de saúde que ela consegue me ajudar um pouco. Mas é muito falho. Eu não posso ter esperança de ter uma assistência do posto quando eu precisar. Não tem vínculo na verdade. Acho que essa é a pior dificuldade sim. É o vínculo que não tem. Não tem estabelecido (funcionário ILPI, 2022).

Realizamos um parêntese para destacar sobre o plano integral de saúde, que consiste em um pacto realizado entre a ILPI e o gestor local de saúde, contendo como serão atendidas as necessidades de saúde dos residentes e como ocorrerá a articulação, com os serviços de saúde, para atender essas necessidades. Podemos perceber que nas duas primeiras narrativas que o plano pactuado não está sendo cumprido conforme o que foi estabelecido.

Sobre isso, quando questionamos aos entrevistados/as se a ILPI possui o plano integral de saúde, 8 de 12 instituições responderam que sim, entretanto 1 ILPI observou que o plano está desatualizado⁹⁴. Ainda, 3 ILPI's destacaram que o plano foi criado, mas não foi pactuado com o gestor de saúde, isso significa que o que está previsto no plano muitas vezes não é consolidado e é criado apenas para cumprir o que está previsto na legislação. Isto posto, apenas 4 entidades (33,3%) não mencionaram nenhum problema em relação a implementação e consolidação do referido plano.

⁹⁴ Segundo a RDC nº502, o plano integral de saúde precisa ser atualizado a cada dois anos.

Olha só, esses planos que a gente tem: o PIA, o plano integral da saúde, enfim... todos eles são obrigatórios, né? Por lei, as instituições tem que ter. A gente têm todos eles. Porém, nenhum deles foi escrito em conjunto com o município. Nenhum. Todos eles foram escritos por nós, equipe técnica da instituição. Então pra te falar assim: “ah foi pactuado com o município tal coisa”. Não existe. Entendeu? A gente busca quando há necessidade, mesmo assim nem sempre a gente tem retorno! Não tem essa pactuação não. A gente faz porque é exigido: o Ministério Público, a vigilância sanitária exige... Mas na verdade é no papel. No funcional, não existe. O nosso supervisor, ele já tentou conversar diretamente com a secretária de saúde. Inclusive a respeito de fralda e medicação. Mas a gente não tem muita resposta não (funcionário ILPI, 2022).

Exatamente por essa dificuldade de entendimento que a saúde tem um papel importante dentro da instituição, nunca eu acho que vai existir uma instituição de longa permanência que vai conseguir criar o plano integral de saúde junto com o gestor. Normalmente a instituição cria, entende o seu fluxo, e vai no gestor e fala: está aqui, o que você acha? Vamos aprovar! A gente teve uma dificuldade muito grande desde a última gestão de aprovar, de pactuar esse plano. E agora com uma nova secretária foi que a gente conseguiu que esse documento fosse passado pelo conselho de saúde pra que fosse aprovado e registrado em ata esta pactuação (funcionário ILPI, 2022).

Acabou de ser feito o plano integral, foi apresentado à Secretaria de Saúde, foi pré-aprovado, mas ainda não foi consolidado. Ele é de conhecimento, mas ainda não está pactuado, nem protocolado (funcionário ILPI, 2022).

O fato de algumas instituições elaborarem o plano apenas para fins fiscalizatórios demonstra a fragilidade dos órgãos públicos que cobram, mas não garantem que as entidades tenham condições de implementar o que é solicitado. Afinal, o plano deveria ser elaborado pela ILPI em conjunto com o gestor municipal de saúde. Ambas as partes deveriam se empenhar para que as demandas de saúde dos idosos institucionalizados sejam atendidas. Ocorre que o peso da fiscalização recai, sobretudo, nas ILPI's, onde é exigido um documento que sequer é implementado. Podemos refletir que a dificuldade da pactuação entre as ILPI's e os gestores é reflexo da falta de definição das competências da política de saúde junto às ILPI's.

Identificamos que algumas instituições compreendem a importância de ter o plano integral de saúde, para exigir do órgão competente que seja cumprido o que foi pactuado entre as partes. O plano também serve de respaldo para as instituições no que tange às fiscalizações, já que, se o município não cumprir o que é de sua competência, os órgãos fiscalizadores podem cobrar a execução ou até mesmo penalizar o município, e não a ILPI.

Mas é a partir desse plano construído que a gente cobra, né? “Ó, tem aqui que vocês fariam isso!”. Não tem com a gente encaminhar, se chegando lá não tem o serviço previsto. E aí, tendo as coisas planejadas, escritas, elaboradas de forma adequada, dá essa ferramenta para o MP para cobrar o que não está sendo feito. A gente não consegue sempre, mas a gente consegue cobrar porque está tudo bem desenhado no plano (funcionário ILPI, 2022).

Essa determinação (do plano integral de saúde) na nossa legislação ela meio que beneficia a instituição em relação ao município, então coloca pro município: “olha vocês têm coisas aqui pra cumprir com a gente sim, isso é obrigatório”! E o

Ministério Público que é um dos órgãos que mais fiscaliza a gente, passou a ter entendimento sobre esse ponto e tem cobrado muito os municípios(...). Então dentro desse plano de atenção à saúde tem os fluxos de atendimento, pro fornecimento de fralda, atendimento de consulta, como é feita a entrega de medicamentos, de dieta, como é o atendimento de urgência e emergência. Esse plano deve contemplar tudo isso e o município tem que saber o que ele tem que cumprir (funcionário ILPI, 2022).

Retomamos as formas de interface entre a ILPI e a política de saúde. Outra interface identificada é a Secretaria de Saúde do município ceder profissional ou ofertar algum tipo de serviço de saúde para ILPI. Essa concessão ou/e oferta pode ser algo a ser pactuado no plano integral de saúde, conforme o primeiro relato abaixo.

Existe também um médico do município, que é um geriatra, que foi feito um acordo no plano de saúde que a gente constrói enquanto instituição junto com a referência técnica, e esse geriatra vem na instituição uma vez por mês. Pra quê? Para não demandar para o serviço de saúde que fisicamente não comporta a gente chegar lá com 6 idosos: um com fralda, outro com cadeira de rodas, e assim, é muito custoso pra gente e pra eles fisicamente, porque tem muito idoso debilitado. E aí existe uma portaria municipal, que esse médico vai ser disponibilizado para atender as instituições parceiras do município, para atender principalmente os idosos de grau III e II. Mas ele acaba atendendo todo mundo. Então ele tem feito isso, mensalmente. Então a gente tem uma boa articulação (funcionário ILPI, 2022).

O médico ele é prestador de serviço ofertado pela Secretaria de Saúde e atende uma hora de atendimento por dia de segunda a sexta na instituição (funcionário ILPI, 2022).

Tem eu que sou fisioterapeuta, que sou da prefeitura, cedida. Então a Secretaria de Saúde oferta a o fisioterapeuta pra instituição (funcionário ILPI, 2022).

Temos uma parceria com a fisioterapia, que vem duas vezes na semana, atender alguns idosos. Hoje mesmo eu vou solicitar o médico, o encaminhamento pra todos porque agora a gente tem uma sala de fisio dentro da instituição (funcionário ILPI, 2022).

Nessa época agora de pandemia, nós tivemos uma referência aqui no município com o geriatra, que deu um suporte maravilhoso pra gente, 24 horas, por telefone. E também quando não dava pra levar na unidade devido a pandemia, ele vinha aqui na ILPI pra olhar o idoso. Então, fez muita diferença pra gente (funcionário ILPI, 2022).

Possuímos uma parceria com uma médica geriatra que avalia a necessidade de cada idoso e se necessário faz encaminhamentos. A equipe de enfermagem e técnicos acompanham os idosos nas consultas e procedimentos e administram os remédios prescritos (funcionário ILPI, 2022).

A oferta de atendimento médico de forma voluntária também se constitui uma prática dentro das ILPI's de natureza filantrópica. Devido à dificuldade de as instituições conseguirem certas especialidades via política pública de saúde, as instituições recorrem a profissionais do município para prestar o serviço de forma gratuita e voluntária ou com custo reduzido.

O geriatra ele é voluntário. Ele vai uma vez na semana e aí eu (enfermeira) passo todas as demandas pra ele, ele faz o atendimento com cada idoso de saúde. Se tiver necessidade de encaminhar para alguma especialidade, eu encaminho. Se o idoso

tiver um convênio, eu aciono a família, pra estar fazendo agendamento da consulta, o exame que ele necessitar. E se tiver alguma intercorrência, geralmente a gente aciona o SAMU e o idoso é levado pro pronto atendimento (funcionário ILPI, 2022).

Existem idosos que precisam de geriatra, neurologista, psiquiatra, angiologista e quando há essa demanda de atendimento ou é ofertado pelo município, quando não é, aí tem a necessidade de custear o serviço com recurso do idoso, com os 30% do idoso, a lei permite esse atendimento. Por ser uma região muito pequena, muitas vezes os profissionais oferecem o serviço com desconto, às vezes não cobra. E aí ele sabe que é o idoso institucionalizado, eles fazem esses benefícios aí (funcionário ILPI, 2022).

Mas geralmente a especialidade do cardiologista é mais difícil; dermatologista também é muito difícil; muitas vezes a gente até paga. Às vezes a gente consegue colaborador que paga a consulta (funcionário ILPI, 2022).

Nós até conseguimos um cardiologista que ele atende particular, ele nos doou algumas consultas (...). É porque pedir é com a gente mesmo! (funcionário ILPI, 2022).

Percebe-se, portanto, que não há um padrão nessa interface entre a ILPI e a política de saúde, e nas diferentes regiões ela ocorre de forma diversa. O que já podemos concluir a princípio é que essa interface não tem sido suficiente para atender as demandas clínicas dos idosos, exigindo – na maioria das instituições – um profissional de saúde para acompanhar no cotidiano as diversas demandas de saúde que os idosos apresentam.

O plano integral de saúde do idoso, que é uma ferramenta importante no estabelecimento da interface, não está sendo implementado e pactuado com os gestores de saúde como deveria. As instabilidades e incertezas no que tange ao plano integral de saúde, conduzem a uma situação de dependência e de favor por parte das ILPI's.

No subtópico a seguir continuaremos a mapear o atendimento das demandas de saúde clínicas das pessoas idosas, focando nas principais dificuldades identificadas pelos profissionais das ILPI's.

3.2.1 Desafios das ILPI's na interface com a política de saúde

Na entrevista que realizamos com as 12 ILPI's, questionamos sobre as dificuldades no que tange à interface com a política de saúde para o atendimento das necessidades de saúde dos idosos.

A primeira dificuldade apontada por todas as instituições foi no tocante à marcação de consultas com especialidades. O problema da falta de vagas para atendimento com certas especialidades é tão alarmante que alguns idosos falecem antes de conseguir a consulta.

O mais difícil é você conseguir especialização. Quando eles marcam pra gente cardiologista, o idoso já morreu. É uma realidade nacional, eu acho. Esse é nosso dificultador (funcionário ILPI, 2022).

(...) quando se trata de cardiologista, endocrinologista, nefrologista é via regulação municipal. Então assim, já teve caso do neuro, eu coloquei um papel lá e eu recebi um ano depois que o idoso já havia morrido, é triste, entendeu? Então já passamos por isso (funcionário ILPI, 2022).

Eu coloquei o encaminhamento de um idoso pra fazer um exame do olho. Eu coloquei em 2018, voltou esse ano (2022), eles não marcaram. E aí eu vou ter que ir lá pra reagendar. Então assim, é muito difícil. Cirurgias também demoram (funcionário ILPI, 2022).

Algumas especialidades, vamos supor um neuro. O neuro a gente demanda muito tempo, um cardiologista também às vezes a gente tem que ficar esperando muito tempo (funcionário ILPI, 2022).

Eu acho que o mais difícil pra gente é a consulta com especialidade. Por exemplo, ah foi lá e preciso de um urologista. Então assim, a especialidade é muito difícil. Não é só aqui pro abrigo, né? Até geral mesmo, até pras pessoas que procuram o serviço ou atendimento, né? Que moram no bairro, são moradores, é difícil. Você coloca lá, demora muito pra ser agendado com o especialista (funcionário ILPI, 2022).

Outro fator preocupante é no que se refere à realização de exames. A demora na realização reflete na impossibilidade de o médico dar um diagnóstico mais preciso e conseqüentemente, dificulta ou impede o tratamento da doença que o idoso apresenta. Em alguns casos, a instituição paga o exame para agilizar o processo.

(...) a maior dificuldade nossa é pra chegar à conclusão de um diagnóstico. Às vezes o idoso vai no especialista, o diagnóstico demora demais, ele aparece com outros sintomas, e eu não consegui fazer uma ressonância pra conclusão do diagnóstico. Vamos dar um exemplo de ontem: eu tenho um idoso aqui que ele passou pelo psiquiatra, até pago, um neuropsiquiatra pago, ele pediu uma ressonância, porém essa ressonância não foi pedida com sedação, ontem foi o dia da realização e ele não conseguiu. Aí agora eu vou ter que pegar esse pedido, ir na unidade de novo, pra ela transformar em uma tomografia, mas ela falou que não aparece a opção lá de pedir com sedação. Então eu vou ter que ligar pra regulação de vagas pra ver se existe a marcação de tomografia com sedação, porque no sistema ela falou que não dá essa opção de pedir com sedação (funcionário ILPI, 2022).

Tem dois idosos aqui, que precisa fazer ultrassom de próstata, que também não tinha na rede. Aí o lar vai disponibilizar o dinheiro pra poder fechar seu diagnóstico. Médico olha, não tem uma conclusão de diagnóstico, porque o exame é difícil pra fazer (funcionário ILPI, 2022).

Marcação de exames, porque a gente vai pra fila da regulação normalmente né? Então eu vou esperar dois, três meses... e às vezes pra um diagnóstico que ainda não foi fechado, o médico depende daquele exame, a gente fica sem resposta. A gente fica esperando. Aí o médico fica ali tratando, às vezes, consequência de uma patologia, mas não trata a causa porque ainda não descobriu. Então a marcação de exames pela secretaria é bem demorada (funcionário ILPI, 2022).

A questão de exame é um pouco mais difícil, porque nós temos exames que faz pelo laboratório municipal, outros não. Então, quando o município está sem um prestador de serviço, nós não temos como pagar e acaba que o exame fica estacionado até a instituição ver se consegue pagar ou tentar resolver com o município como é que vai

resolver essa situação. Aí isso acaba retardando o diagnóstico do idoso (funcionário ILPI, 2022).

Se for exames urgentes a gente não consegue esperar. Então a instituição prefere pagar pro idoso não esperar (funcionário ILPI, 2022).

Um aspecto a ser destacado é que mesmo havendo a previsão de atendimento preferencial imediato e individualizado dos idosos junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população⁹⁵, a regra não se cumpre para marcação de consulta com especialidades e realização de exames.

Outra problemática que se relaciona às especialidades é a falta de suporte da política de saúde no que tange às questões de saúde mental dos idosos abrigados. Alguns idosos são institucionalizados a partir de determinação judicial e a ILPI, em alguns casos, não possui corpo técnico em sua equipe que saiba lidar com algumas questões de saúde que são apresentadas.

Muitos idosos são acolhidos por determinação judicial com diagnósticos psiquiátricos como esquizofrenia, que não é o perfil da institucionalização. Então tem essa ausência de equipamento que tenha esse suporte da psiquiatria pro idoso, não existe. Muitas vezes a ILPI assume essa demanda também (funcionário ILPI, 2022).

Outra coisa que eu entrei em debate: questão de saúde mental. A gente tem idoso aqui que tem esquizofrenia. A gente tem pessoas que sabem lidar com esquizofrenia? (balançou a cabeça que não). Bom senso. É o bom senso que a gente tem. Então assim, ele está medicado, está medicado, mas se ele surtar aqui dentro... As meninas tem o conhecimento, enquanto saúde. Estou falando: a enfermeira e as técnicas de enfermagem. E nós? Tipo eu, assistente social, os cuidadores. Se não fosse o que elas podem falar pra gente (...). Aí eu fui discutir isso com a com o pessoal de saúde mental. Aí eles disseram: “é, mas veio a questão da lei antimanicomial. Não existe mais hospital psiquiátrico, né? pra colocar essas pessoas”. Então a Saúde tem que dar suporte pra gente de como tratar. Na hora que o idoso surta aqui... já teve uma vez que a gente teve que chamar a polícia pra conter, que a gente não conseguiu. Você entende que talvez não é perfil nosso receber um idoso, porque ele acaba colocando em risco os outros idosos, e a gente não tem pessoal pra trabalhar com isso? E a Saúde, entre aspas, dá aquele atendimento assim: “liga pro SAMU” (funcionário ILPI, 2022).

(...) a gente tem muitos pacientes aqui que eles são psiquiátricos. Que precisam de psiquiatra e alguns precisam de um neuro, é a especialidade mais difícil pra conseguir, porque neuropsiquiatra a gente já tem pouquíssimos. A gente até tem psiquiatra na rede, no SUS, só que a demanda é muito grande. E não adianta você levar hoje, vamos supor, você leva hoje, aí o médico vira pra você e fala assim: “eu quero ver ele dentro de trinta dias”. Porque ele precisa saber se aquela medicação e aquela dosagem que foi prescrito, está realmente adequado ao idoso ou não. E esse acompanhamento é impossível. Por quê? Ele foi no psiquiatra agora, mas não vai conseguir voltar daqui um mês nunca! (funcionário ILPI, 2022).

A partir dos trechos extraídos fica nítida a falta de compreensão dos órgãos de saúde quanto a sua responsabilidade em atender as demandas de saúde dos idosos institucionalizados. Isso

⁹⁵ Estatuto do idoso, lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003.

demonstra a desarticulação e o descumprimento das diretrizes que orientam a intersectorialidade das políticas. A percepção que permeia entre os gestores da política de saúde é que se a instituição compõe a política de assistência social é ela que deve arcar e atender as diversas demandas que surgem, desconsiderando que o indivíduo é um ser integral com múltiplas necessidades.

A gente sabe que o idoso muitas vezes ao ter a necessidade de ser acolhido é porque ele já não realiza alguma das atividades básicas de vida diária, normalmente vem acompanhado de uma patologia. Então hoje a nossa maior dificuldade associada a saúde é exatamente a compreensão da secretaria e do município. Porque a própria secretaria de saúde do município entende que ela não tem responsabilidade sobre o serviço, se o serviço é da assistência social. Então essa é uma realidade não só da nossa instituição que eu percebo, mas em relação ao estado inteiro (funcionário ILPI, 2022).

Outra dificuldade apontada por um dos entrevistados é sobre a mudança dos gestores das políticas. Quando a ILPI consegue uma boa interlocução com os gestores e conquista algo para a instituição, a gestão muda, e toda articulação deve ser reiniciada com os novos atores. Por isso, a elaboração e pactuação de documentos como o plano integral de saúde são importantes, para que essas conquistas não se percam. Contudo, isso evidencia que a política de longa duração para idosos não está consolidada, na medida em que, em cada gestão é necessário resgatar o que foi pactuado e o que deve ser cumprido.

As dificuldades também estão nas mudanças dos atores, tudo começa do 0, a gente começa de novo... mas quando a gente tem um processo escrito e assinado, a gente consegue dar uma puxada de volta e a gente trabalha nisso (funcionário ILPI, 2022).

Adicionalmente, foram relatadas algumas dificuldades quando o idoso necessita de internação hospitalar. A primeira refere-se ao atendimento precário que é realizado no hospital, causando em algumas situações outro tipo de problema de saúde no idoso; a segunda relaciona-se à falta de compreensão do hospital de suas competências enquanto instituição de saúde; por fim, a falta de entendimento sobre o art. 16 do Estatuto do Idoso que assegura o direito a acompanhante ao idoso internado. O hospital, por vezes, tem obrigado a ILPI oferecer algum profissional para acompanhar o idoso internado no hospital, sendo que a ILPI não possui equipe técnica para exercer essa tarefa.

Eu já tive enfrentamentos muito fortes com a Saúde em relação ao idoso quando interna. A gente deixa bem claro que quando o idoso entra no hospital ele não entrou com assadura, ou escara, porque geralmente é complexo o cuidado (funcionário ILPI, 2022).

A gente tem uma dificuldade em relação ao atendimento no hospital da região aqui. Porque não é sempre, mas muitas vezes os próprios profissionais lá entendem que a gente tá encaminhando o idoso pra lá à toa, que a gente podia ter resolvido aqui (...). Tudo que a gente conseguir resolver aqui a gente resolve, mas se for encaminhado

pro hospital é porque a gente pediu orientação da médica, né? E a médica geriatra diz que deveria ir pro hospital; e chega lá às vezes eles acham que a gente, digamos assim, que isso era obrigação nossa fazer algum tipo de intervenção. Que não era deles. Às vezes tem um certo preconceito no atendimento dos nossos idosos lá dentro. Em questão até de trocar fralda, do cuidado deles lá dentro quando a gente encaminha a gente sempre tem que mandar um cuidador junto pra garantir que eles vão ser bem atendidos lá dentro (funcionário ILPI, 2022).

Aí a dificuldade é o que afeta muito o idoso é que se esse idoso vier até a alta hospitalar, se ele vier a ter melhora pra alta, ele chega aqui já bem mais comprometido como saiu. O corpo dele já volta mais atrofiado, déficit cognitivo que já é natural do idoso, e a questão de às vezes úlceras de pressão aberta, porque no hospital - como eles também têm uma demanda grande de atendimento - o idoso acaba não tendo aquela atenção que ele necessitaria de ter em caso se ele estivesse em casa, ou se tivesse um cuidador em tempo integral do lado dele ali pra estar oferecendo a demanda simples, né? Do básico: de água, de fralda, um hidratante, mudança de decúbito, que é muito importante. O idoso acaba às vezes ficando numa posição só e o que acaba de repente desencadeando alguma outra doença oportunista, pela qual ele não foi internado. Eu cito aqui, por exemplo, um idoso hospitalizou por causa de uma infecção urinária, mas aí se ele ficar muito tempo em decúbito dorsal, uma posição tal, ele pode vir a desenvolver uma pneumonia postural. Então, assim, são agravamentos que acabam piorando por falta de uma mão de obra, por falta de um incentivo de saúde (funcionário ILPI, 2022).

Outra coisa que a gente tem um problema muito grande em relação a saúde é sobre essa interpretação da lei em questão do acompanhante. O idoso tem direito ao acompanhante, esse direito vira uma obrigação, a gente não tem cuidador pra mandar, ele já está em risco social, a família já rompeu o vínculo. Então essa família não fica lá. Assim, conta no dedo um ou dois casos que essa família fica. Entendeu? E aí fica essa briga com o hospital, porque o hospital não tem muita mão de obra. Então o acompanhante ali acaba ajudando nas atividades, entendeu? Com os cuidados com o idoso, entende? E aí, por fim, fica essa briga (...) e aí fica meio que esse empurra-empurra, entendeu?(funcionário ILPI, 2022).

Para finalizar, elencamos aqui outras dificuldades que foram apontadas, porém de maneira mais pontual: deslocamento de idosos para outro município para realização de consultas ou exames; falta de alguns remédios ofertados pelo SUS; e falta de materiais como, curativos e fraldas.

As dificuldades apresentadas pelos profissionais da ILPI quanto à interface com a política de saúde são resultado da tendência de contenção de gastos e da política de ajuste fiscal em benefício do capital. Conforme apontamos no capítulo 2, a proposta inicial do SUS vai perdendo fôlego para um projeto de saúde privatista, cabendo ao Estado garantir aos mais pobres o mínimo. Observamos que na tentativa de salvar vidas, as ILPI's precisam apelar para o mercado ou para o voluntariado de alguns profissionais para atender as demandas de saúde dos idosos acolhidos. A precarização do trabalho, com baixos salários para os profissionais de saúde aliado a sobrecarga de trabalho tem reflexão direta na qualidade do serviço prestado, conforme constatamos nos relatos. O que nos resta, é um movimento de massa que recupere e fortaleça o projeto sanitário, com a defesa intransigente dos princípios e diretrizes do SUS:

universalidade, equidade, integralidade, participação social e descentralização (BRAVO, 2000).

3.3 Alternativas frente às dificuldades no atendimento às necessidades de saúde dos idosos nas ILPI's

Ao final de cada entrevista com os profissionais das ILPI's, questionamos-lhes se possuíam alguma sugestão, solução ou alternativa para os problemas que elencaram no que tange à interface da ILPI com a política de saúde e no atendimento das demandas de saúde dos idosos institucionalizados.

A primeira proposta elencada foi tornar a ILPI em um serviço híbrido, ou seja, da política de assistência social e de saúde. Dessa forma, seriam previstas diretrizes, competências e fontes de financiamento de ambas as políticas. Atualmente, o que existe de legislação sobre as ILPI's no âmbito da saúde é a RDC nº502, da ANVISA, em que a política de saúde tem obrigação meramente fiscalizatória. Isto é, conforme já apontamos, não existe nenhum ato normativo que regulamenta sobre a operacionalização da assistência à saúde no serviço de longa permanência para pessoas idosas.

Bom, pra começar, tem que entrar naquela discussão de se tornar uma instituição híbrida, né? Que já vem essa discussão há muitos anos e é uma confusão tanto na assistência, quanto na saúde. Porque um fala que é uma coisa, outro fala outra coisa, e no final das contas tudo anda junto porque não tem como assistência andar sem a saúde vice-versa. Então assim, na minha opinião a única forma de melhorar seria unificando, né? Saúde e assistência, um depende do outro. Só que enquanto isso não acontecer, enquanto um ficar empurrando pro outro: "ah isso é da saúde, tá? Isso aí é assistência. Ah não, isso aí não é responsabilidade minha não?". Nunca vai resolver!(funcionário ILPI, 2022)

Eu acho que a gente precisa avançar nisso, de ter um serviço híbrido, onde você tenha política de assistência social junto com a saúde trabalhando em conjunto para conseguir de fato garantir o que está previsto na lei do estatuto do idoso, de garantia de direitos (...) tanto que, apesar de estarmos dentro da política de assistência social, recebermos recurso da assistência social, quem regulamenta a ILPI de fato, que tem a mão pesada com a gente, é a RDC, que é da ANVISA, né? Ninguém quer saber se a gente é da política da assistência social, pro promotor isso nem existe, o importante é estar dentro das normas da RDC (funcionário ILPI, 2022).

Camarano (2010) destaca que a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) também sugere que as ILPI's componham não só a rede de assistência social, mas também, a rede de saúde. Sobre isso, realizamos um breve parêntese para observar que a própria comunidade identifica a ILPI como um serviço sendo da saúde.

É importante falar que assim a comunidade mesmo ela vê isso aqui como uma extensão hospitalar. E o próprio idoso quando entra aqui é uma extensão hospitalar.

É tipo assim: “eu vou lá pra me cuidar”. “Eu vou lá porque eles vão cuidar de mim”. Então assim, aqui literalmente é uma extensão hospitalar (funcionário ILPI, 2022).

A segunda proposta elencada é a realização de um aporte financeiro da política de saúde para compra de materiais e contratação de profissionais de saúde; ou a cessão de profissionais da secretária de saúde para trabalhar nas ILPI's. Lembramos que, apesar do art. 20 do decreto nº9.921 prever que as ILPI's podem firmar contratos ou convênios com o sistema de saúde local, caso existam idosos necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social, não há uma obrigatoriedade nesse sentido. Conseqüentemente, as ILPI's ficam à mercê da vontade política e da compreensão da necessidade das gestões.

Seria importante esse entendimento da Secretaria de Saúde, sabe? Do município saber que existe a instituição, e o que e eles podem ofertar em relação a isso? Por exemplo, um aporte, fazer a concessão de profissionais, um aporte financeiro como auxílio... ajudaria muito a instituição. Porque o custeio dos profissionais da saúde é a maior parte da folha de pagamento da instituição, e é exigência pro serviço se manter com qualidade. Esse pagamento é feito com recurso próprio, e o recurso próprio é setenta por cento do benefício dos idosos, nem todos os idosos têm setenta por cento do seu benefício pra ofertar, muitos idosos nem benefício tem. Então pra manter uma qualidade é muito difícil, e aí é muita cobrança (funcionário ILPI, 2022).

Olha, a gente conversou junto (...) e a gente acha que melhoraria muito se a gente conseguisse um convênio com a saúde em relação a profissionais. Algum termo de colaboração, igual a gente tem com a assistência por exemplo, uma vez que a gente é um equipamento de assistência, porém a gente tem essa demanda de saúde. E assim, seria muito difícil aqui na instituição se a gente não tivesse esses profissionais de saúde aqui dentro. E então ter um convênio, um plano, um termo de colaboração com a Saúde, com destinação de recursos ou de profissionais seria muito importante pra gente (funcionário ILPI, 2022).

Eu acho assim, que principalmente a parte de parceria de aquisição de materiais de saúde. Porque por ser uma instituição de assistência, a gente não consegue verbas voltada pra saúde, pra aquisição de materiais de saúde. Tipo materiais de curativo. Tem medicamentos que são fornecidos pelo SUS, mas tem medicamentos que não são, medicamentos que se enquadram como alto custo, então a gente tem que acabar comprando; fraldas, a gente tem a farmácia popular que dá um desconto, mas também a gente tem um gasto muito grande com fraldas. Então assim, essa ajuda, esse auxílio na aquisição desses materiais específicos de saúde mesmo: materiais de curativo, EPI, luva de procedimento... seria fundamental! (funcionário ILPI, 2022).

Na minha opinião, eu acho que assim, a questão da falta de dinheiro é o mais complicador, né? Então assim, se tiver o repasse de um recurso maior, a gente consegue se virar melhor, né? Então, por isso é a nossa briga com as prefeituras, pra poder repassar um valor melhor. E também a saúde se comprometer em alguma parte. Por exemplo, a gente teve um coleguismo com a prefeitura que cedeu o fisioterapeuta. Pode ser que o ano que vem se mudar o prefeito não vai ter. Então assim, a gente vê que se a saúde se compromettesse mais... é porque hoje a gente sabe que não existe nenhuma legislação que as que a saúde precisa se comprometer com as ILPIs, entendeu? (funcionário ILPI, 2022)

A terceira proposta refere-se a uma melhor articulação das Unidades Básicas de Saúde com as ILPI's. Isso significa um acompanhamento mais próximo e de melhor qualidade dos

profissionais das UBS, além de realizar um trabalho mais preventivo com os idosos abrigados. Para esse fim, consideramos importante a criação de diretrizes específicas da política de Saúde no que tange ao atendimento do idoso abrigado.

Uma das coisas que eu acho que tem que avançar é a Estratégia da Saúde da Família, esse alcance da saúde preventivo é muito melhor, né. Você teria o agente, enfermeiro, médico, para dar essa assistência de forma preventiva às instituições. Sem precisar ficar correndo contra o tempo para buscar esses profissionais. Porque aí eles já conhecem a demanda, já conhecem os idosos, já sabem se precisa passar lá para ver, se precisa de um curativo, se tem alguma medicação que precisa ser venosa, e aí não precisa tirar o idoso para levar na unidade para tomar. Então assim, a ESF com a cobertura que tem, tem cobertura? Tem uma população de 1000, e tem um agente, não dá. Aqui por exemplo é PACs, programa comunitário. Nunca teve um agente aqui na instituição e eu trabalho aqui há 9 anos. Mas tem, mas que cobertura é essa, que estratégia é essa? Acho que a gente precisa avançar, porque é uma das coisas, uma das políticas de Saúde que atenderia muito bem (funcionário ILPI, 2022).

Vale ressaltar, que a partir da década de 80, com a reforma sanitária, o conceito de saúde deixa de ser definido apenas pela ausência de doença e passa a se fundamentar em perspectivas mais amplas de saúde, que envolvem o bem-estar físico, mental e social. O foco na promoção de saúde contrapondo a lógica apenas de cura de doenças, pode reduzir as demandas de saúde de alto custo, como as internações.

Ainda, a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, define a integralidade da assistência, como princípio do SUS. Conforme a lei, esse princípio deve ser entendido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Desse modo, a articulação com outras políticas públicas se faz necessária, assegurando uma atuação intersetorial para promover saúde e qualidade de vida para os indivíduos (ROMERO, et. al., 2010).

Em articulação com a terceira proposta, os entrevistados avaliam que os profissionais de saúde das UBS e da Secretaria de Saúde deveriam ter uma rotina de atendimento aos idosos abrigados. Dessa forma, facilitaria o atendimento das demandas de saúde dos idosos.

Seria o ideal o médico mais que uma vez por mês. Que é muito longo, uma vez só. Mas ele não precisaria de estar vindo aqui, que tivesse uma prioridade nos agendamentos é, né? (funcionário ILPI, 2022).

(...) Ela (médica da UBS) não tem carga horária pra isso. Então pra ela também se dispor a vir e atender dois três quando a gente perde uma demanda de dez, é complexo, né? Porque ela sabe que a gente vai pedir: "mas tem esse aqui, olha esse vovozinho aqui". É difícil. Se fosse algo regulado, que já tivesse uma continuidade, seria muito mais fácil. Saber que a doutora vem uma vez por semana e atende dez

idosos. Daí, eu consigo atender todos os meus idosos no mês, né? Seria, assim, maravilhoso (...). Se a cada semana eu conseguisse uma quantidade de vagas na unidade, também seria maravilhoso (funcionário ILPI, 2022).

E tem o geriatra que é esse, né? Mas é pontual, só quando a gente precisa, ele tem a boa vontade de vir. Mas a gente queria deixar já bem amarrado, que se fosse uma coisa que a gente pudesse: “olha, dia tal o médico vem”, até pra dar uma credibilidade até para as idosas falarem assim: “eu tenho um médico que me assiste!” (funcionário ILPI, 2022).

É um sonho da instituição, dentro desse plano integral de saúde, que as instituições tivessem a visita mensal ou bimestral do médico da unidade dentro da ILPI. Isso nós nunca conseguimos fazer. Porque não existe essa demanda de um horário livre pro profissional vir até aqui na instituição, entendeu? (funcionário ILPI, 2022).

A quinta proposta refere-se à implementação e execução do plano integral de saúde pelos gestores municipais de saúde.

Eu acredito que é colocar em prática esse plano de ação integral. E a colaboração do gestor de saúde, né? Porque ele tem o poder de ajudar a formular e concretizar essa política e esse meio de acesso, né? Mas a gente caminha, constrói pra que isso aconteça (funcionário ILPI, 2022).

Por fim, a sexta proposta concerne em diminuir o tempo de espera para consultas com especialidades e para realização de exames. Além de priorizar o atendimento de pessoas idosas conforme preconizado no Estatuto do Idoso.

Bem, eu penso que, pelo Estatuto do Idoso, ele deveria ter alguma prioridade, aceleração dos procedimentos pra diagnosticar. O idoso acaba tendo uma piora do quadro, devido essa demora de conseguir um especialista, um exame de alto custo. Às vezes o idoso está tomando medicação até a mais, por não ter um diagnóstico fechado (funcionário ILPI, 2022).

E fora isso, acessar os exames em tempo hábil. Eu não tenho propriedade de saber qual é o melhor tempo para alguns exames. Às vezes você paga no particular, você consegue acessar a medicação mais rápido, você garante a qualidade da saúde mais rápido, e até mesmo salva a vida. Essa morosidade de você fazer um exame é muito ruim. E as especialidades, porque o médico chega no limite dele do conhecimento e quando encaminha para a especialidade você leva um ano para conseguir (funcionário ILPI, 2022).

A partir da perspectiva de quem está no dia a dia do serviço, foram apontadas propostas que consideramos de extrema relevância. Avaliamos que se colocadas em prática, poderão de fato auxiliar em uma melhor interface das ILPI's com a política de Saúde, além de possibilitar uma melhor qualidade no atendimento das necessidades de saúde dos idosos nas instituições.

Os conselhos de direitos da pessoa idosa possuem papel fundamental na formulação e avaliação das políticas públicas. Por isso, concebemos esse espaço como privilegiado para avançar na discussão da interface das referidas políticas, propor resoluções e normativas sobre a temática e também pressionar os órgãos públicos para que de fato seja cumprido o atendimento integral ao idoso nas ILPI's.

Insta também a participação de profissionais das ILPI's nos conselhos de direitos para levar as demandas no cotidiano das ILPI's e para auxiliar na proposição e na construção de alternativas frente a esses desafios. No relato abaixo, podemos observar a importância de uma profissional compor o conselho municipal do idoso.

Eu sou conselheira do idoso, fazer parte do conselho traz para mim muito empoderamento, do que realmente a gente pode acessar e que tá sendo negado. Participar do conselho me trouxe muita bagagem, informação e eu falo que quem tem conhecimento tem poder, né? E esse conhecimento trouxe também um poder também de articulação, e a gente usa ele de todas as formas. A gente já chamou o Ministério Público (...). Então, por exemplo: “ó, a gente não conseguiu um medicamento básico que está previsto, como assim? Vamos ter que ficar comprando um remédio que deveria ser fornecido?; “ó, a gente não está conseguindo atendimento”. Então assim, a gente já passou por esses processos todos e toda vez que muda a gestão e que a coisa começa a cair, a gente pede ao conselho para chamar o secretário novo, para gente apresentar quem vai ser nossa referência, para gente não perder esse vínculo. Então a gente tem feito esses movimentos difíceis, custosos, mas a gente tem tentado não perder essa linha que a gente já conseguiu costurar. Eu sempre falo isso com o conselho, a gente precisa avançar muito, isso precisa ser discutido a nível nacional. De que as ILPI's precisam avançar porque a nossa população está vivendo mais, e o público está vindo com características que na atual conjuntura a gente não atende, a gente não consegue atender. “Ah, mas tem gente que acolhe”. Acolhe errado, e aí vai sofrer sanções, sofrer críticas. A gente não pode entrar naquela característica que a gente tinha antes dos asilos, a gente também não pode virar depósito. Tudo que ninguém dá conta, vem para instituição e a instituição também não dá conta e fica de qualquer jeito. Então a gente avançou nisso, acho que a política de direitos avançou muito nisso, e a gente não pode retroceder, aceitando: “ah tá precisando, vai entrar aqui de qualquer jeito”.

Concordamos com a profissional que as ILPI's não podem se tornar novamente um lugar de ausência de direitos e de política pública. As instituições que compõem a política de assistência social, já são – em sua maioria – administradas por entidades filantrópicas, tendo sua ação fundamentada pela lógica da caridade e não do direito. Assim sendo, é elementar que o Estado forneça a essas instituições os recursos necessários para garantir o atendimento integral da pessoa idosa. Não é possível admitir que idosos no fim da vida tenham seus direitos mais básicos violados e que não tenham condições dignas de sobrevivência.

(...) o que torna o idoso virar risco social de vir pra uma instituição é devido aos problemas de saúde. Então assim: diabetes altíssima que comprometeu a vista e a locomoção, um AVC que acabou fazendo com que ele parasse de andar. Então a família não quer mais cuidar, tem que trabalhar e não consegue cuidar. O idoso fica ali dependente. Então eles acabam procurando ou deixando o idoso, entendeu? A ficar numa situação crítica, que gera o perfil da institucionalização.

Os idosos institucionalizados, em sua maioria, possuem doenças crônicas típicas da idade avançada e problemas de saúde que comprometem sua autonomia na realização das atividades diárias. Portanto, para uma melhor qualidade de vida desses idosos, é primordial estabelecer uma interface com a política de saúde que de fato atenda às necessidades de saúde dos idosos abrigados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elevação da expectativa de vida no Brasil tem refletido no aumento de algumas demandas específicas da população envelhecida, sobretudo no que tange as limitações funcionais que causam dependência nas AVD's. Tradicionalmente a família tem sido a protagonista no atendimento dessas demandas, todavia, constatamos alguns fatores pelos quais a mesma não poderá continuar desempenhando o papel principal no cuidado de seus membros idosos. O primeiro fator é uma menor oferta de cuidadores familiares propiciada, sobretudo, pela redução de números de filhos. Além disso, ainda se perpetua uma cultura de feminização do cuidado, onde a mulher é a principal responsável pelas tarefas domésticas e do cuidado dos entes. O reflexo é uma sobrecarga da mulher que em sua maioria possui múltiplas jornadas de trabalho. Por fim, há uma ausência de apoio do Estado na oferta de serviços e subsídios para apoiar as famílias no cuidado de idosos com dependência funcional, o que gera uma sobrecarga das famílias e aumento de gastos destinados aos cuidados do familiar (BURLÁ, 2010).

Concordamos com Camarano, et.al. (2010) que o Brasil avançou em benefícios de renda para idosos, como o BPC, o que refletiu, de certa forma, no processo de desfamiliarização do seu sustento. Por outro lado, o Estado delegou para família a responsabilidade principal com o cuidado do idoso frágil. Ocorre que atualmente, mais da metade dos domicílios brasileiros encontram-se abaixo da linha pobreza⁹⁶, 36% dos brasileiros não tem dinheiro para se alimentar⁹⁷, a inflação e o custo de vida atingiu nos últimos meses um dos maiores índices da história. Dessa forma, para as famílias empobrecidas, exercer a responsabilidade do cuidado com idoso com dependência funcional por vezes se torna impossível e quando isso ocorre, a institucionalização é uma das principais alternativas, se não a única.

O panorama é de uma sociedade que vive em uma crise do cuidado provocado pelo aumento da demanda de idosos com limitações em suas atividades de vida diária aliado a diminuição de oferta da rede de cuidado familiares (TEIXEIRA, 2020). Sendo assim, é urgente que o Estado efetive políticas públicas eficazes e capazes de atender as demandas emergentes dos mais velhos, de forma a equilibrar as responsabilidades com a família e a sociedade.

⁹⁶ Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/business/mais-da-metade-dos-domicilios-esta-abaixo-da-linha-da-pobreza-diz-estudo/>. Acesso em: 27 de maio de 2022.

⁹⁷ Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/economia/2022/05/5010543-risco-de-fome-ameaca-36-das-familias-brasileiras-chegando-a-patamar-recorde.html>. Acesso em 27 de maio de 2022.

Refletimos sobre quatro componentes-chaves que consideramos fundamentais para formatar uma rede formal de cuidado para pessoas com dependência funcional. O primeiro refere-se a uma política de transferência monetária para a contratação de serviços de assistência (como cuidadores especializados) ou para proporcionar uma vida independente, a partir da contratação de profissionais/serviços que realizem as atividades que a pessoa idosa possui limitações. O segundo componente concerne em constituir uma rede de serviços que dê suporte aos familiares ou atenda de forma integral à pessoa idosa, tais como: centro dia e residências de longa duração; cuidados domiciliares; e teleatendimento. O terceiro componente consiste em oferecer licenças ou políticas (como redução de carga horária de trabalho) para os familiares que precisam cuidar de um familiar em situação de dependência. Por fim, o quarto componente subsiste em criar regulamentações e inspeções que prezem pela qualidade dos serviços prestados (POSTUMA, 2021).

Embora residuais, constatamos que o Brasil possui iniciativas relevantes no que tange a implementação de serviços para idosos com diferentes graus de dependência e que aliviam a carga de cuidado das famílias. Em contrapartida, ficou nítido que temos um caminho longo pela frente na construção, principalmente, de uma rede de cuidado de longa duração que envolva as diferentes políticas e não trate o idoso de maneira isolada em suas necessidades.

Historicamente, as ILPI's foram geridas por entidades filantrópicas e são espaços de ação voluntária. Apesar da inclusão do referido serviço na política de assistência social, o que tornou o abrigamento de idosos um direito, os traços de sua constituição ainda estão presentes. O Estado tem sido responsável pela regulação a partir de legislações específicas e com a transferência de recurso público, mas as entidades filantrópicas continuam como as principais executoras do serviço da ILPI com a ajuda voluntária da sociedade civil.

Com o intuito de analisar a interface entre as políticas de saúde e assistência social no âmbito das ILPI's, realizamos uma pesquisa de campo em 12 instituições de natureza filantrópica e pública. A partir dos relatos dos/as entrevistados/as, constatamos que o atendimento das demandas de saúde dos idosos que residem nas ILPI's tem sido realizado basicamente a partir da contratação de profissionais de saúde; articulação com as UBS's; cessão de profissionais de saúde pela Secretaria Municipal de Saúde; e oferta de atendimento médico voluntário.

Observamos que em geral as ILPI's estão assumindo o cuidado com a saúde dos idosos sem uma estrutura apropriada, uma vez que não há, por parte da política de saúde, uma responsabilização junto às ILPI's capaz de atender as demandas de saúde dos idosos

abrigados. A falta de legislações que versam especificamente sobre a competência da saúde em relação às ILPI's dificulta esse quadro.

Sobre as dificuldades apresentadas no que tange a interface com a política de saúde para o atendimento das necessidades de saúde dos idosos, elencamos as principais:

- ✓ Impossibilidade de usar os recursos recebidos pelos órgãos públicos para contratar profissionais de saúde;
- ✓ Marcação de consultas com especialidades;
- ✓ Realização de exames;
- ✓ Falta de suporte da política de saúde no que tange às questões de saúde mental dos idosos abrigados;
- ✓ Mudança dos gestores das políticas e continuidade do pacto estabelecido na gestão anterior;
- ✓ Dificuldades de articulação com os hospitais quando o idoso necessita de internação hospitalar;
- ✓ Falta de materiais como curativos e fraldas.

Sobre a falta de recursos, percebemos a necessidade de realizar uma pesquisa junto as ILPI's do gasto médio com cada idoso, para que se possa comprovar que o financiamento e repasses dos órgãos públicos tem sido abaixo do necessário e, portanto insuficientes para garantir o atendimento às demandas cotidianas.

Constatamos também que as ILPI's localizadas nos municípios dos centros urbanos, encontraram mais dificuldade na articulação com atenção básica de saúde. Quanto aos municípios de pequeno porte, não há um padrão de atendimento, existindo uma variedade de experiências, sendo algumas positivas, outras não. Acreditamos que esse fato é reflexo no cenário brasileiro, marcado por profundas desigualdades econômicas, sociais e regionais.

Quanto às alternativas frente às dificuldades no atendimento às necessidades de saúde dos idosos nas ILPI's, os/as entrevistados/as elencaram as seguintes:

- ✓ Tornar a ILPI em um serviço híbrido, com financiamento da política de assistência social e da saúde;
- ✓ Aporte financeiro da política de saúde para compra de materiais e contratação de profissionais de saúde; ou a cessão de profissionais da secretária de saúde para trabalhar nas ILPI's;
- ✓ Melhor articulação das Unidades Básicas de Saúde com as ILPI's;

- ✓ Rotina de atendimento aos idosos abrigados pelos profissionais das UBS's ou da secretaria municipal de saúde;
- ✓ Implementação e execução do plano integral de saúde pelos gestores municipais de saúde.
- ✓ Diminuir o tempo de espera para consultas com especialidades e para realização de exames;

Diante do exposto, consideramos que a interface entre a ILPI e a política de saúde tem se estabelecido de forma fragmentada e precária, sem uma estrutura integrada que forneça uma cobertura completa no atendimento às necessidades de saúde dos idosos institucionalizados.

Concluimos também que devido à retração dos investimentos estatais no campo das políticas públicas, há a intensificação da lógica a qual a sociedade é a responsável por atender as demandas sociais dos mais pobres. No âmbito público, os serviços tem sido ofertados de forma precarizada, garantindo o mínimo e focalizado na camada mais empobrecida e vulnerável da população. Os que possuem condições financeiras têm recorrido ao setor privado lucrativo em busca de serviços que ofereçam mais qualidade no atendimento.

Alertamos que o cenário é complexo, o fundo público tem sido cada vez mais apropriado pela burguesia e os direitos conquistados desmantelados. Não haverá qualquer ação em benefício da classe trabalhadora de forma espontânea pelo Estado que está posto hoje no Brasil. Daí urge a demanda por lutas sociais organizadas no sentido de ampliação e efetivação das políticas públicas.

Conforme sinalizamos ao decorrer deste estudo, não haverá avanços em políticas públicas sem luta e pressão da sociedade civil organizada e dos conselhos de direito junto aos órgãos públicos. Para que o Estado reconheça o cuidado de longa duração como um direito fundamental do cidadão, além de torná-lo como responsabilidade social pública, retirando-o da esfera da responsabilidade privada, é fundamental que a sociedade civil se organize junto aos movimentos sociais e órgãos de controle social. Ressaltamos ainda, a importância da participação dos profissionais que trabalham nas ILPI nesses espaços, já que são eles que cotidianamente enfrentam os diversos desafios e conhecem as peculiaridades do serviço. Mas também chamamos a atenção da sociedade como um todo para que se exija o cuidado de longa duração como um direito, pois se nosso destino é a velhice, essa deve ser tratada com a devida dignidade.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005**. Regulamento Técnico que define as normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

ALMEIDA, V. L.; GONÇALVES, M.P; LIMA, T.G. **Direitos Humanos e Pessoa Idosa: Atenção e Garantia dos Direitos da Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

ALMEIDA, M. S. Saúde da População Negra e Equidade no Sistema Único de Saúde. In: OLIVEIRA, M. J., et al. **Política de Saúde hoje: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

ALMEIDA, Priscilla Kelly Pereira de et al. **Vivências de pessoas idosas que moram sozinhas: arranjos, escolhas e desafios**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 23, 2021.

ANFIP; DIEESE. **Previdência: reformar para excluir?** Brasília: Anfip, Dieese, 2017.

ANDRADE, V. **A saúde pública nas instituições de longa permanência para idosos**. In: Políticas e Práticas de Atenção ao Envelhecimento [recurso eletrônico] / Márcia Esteves de Calazans; Ana Rita de Calazans Perine; Emilia da Silva Piñeiro (Orgs.). Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2020.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. Boitempo Editorial, 2009.

ARAÚJO, Ana Barbara. **O envelhecimento ativo e suas traduções: do texto das políticas de saúde às práticas de cuidado**. In: CALAZANS, M. E; PERINE, A. C; PIÑERO, E. S (Orgs.). Políticas e Práticas de Atenção ao Envelhecimento Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2020.

ARAUJO, Claudia Lysia de Oliveira; SOUZA, Luciana Aparecida de; FARO, Ana Cristina Mancussi e. **Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil**. *HERE - História da Enfermagem Revista Eletrônica*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 250-262, 2010. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n2vol1ano1_artigo3.pdf>.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Ed. 70, 2004.

BARROSO, Aurea Soares; VIANA, Edgard Borsoi; RIOTO, Inês Andrade (orgs.). **Morar 60 Mais: Revolucionando a moradia em face da longevidade**. A4 Editora, 2021.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. Cortez editora, 2011.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, v. 3, p. 19, 1990.

BEHRING, E. R. **Estado no capitalismo: notas para uma leitura crítica do Brasil recente**. BOSCHETTI, I; BEHRING, E; LIMA, Rita (orgs.). *Marxismo, política social e direitos*. São Paulo: Cortez, p. 39-72, 2018.

BERNARDO, M. H.; ASSIS, M. **Saúde do Idoso e a Integralidade da ação**. In: *Política de Saúde hoje: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais*. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

BERNARDO, M. H. **A velhice da Classe Trabalhadora e a Naturalização dos Cuidados Familiares**. In: *Envelhecimento na sociabilidade do capital*. Campinas: Papel Social, 2017.

BERZINS, M. A.; BORGES, M. C. **Política públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

BERZINS, M. A.; GIACOMIN, K. C.; CAMARANO, A. A. **A Assistência social na política nacional do idoso**. In: ALCÂNTARA, A. O. (org.); CAMARANO, A. A. (org.); GIACOMIN, K. C. (org.). *Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

BONICENHA, Rodrigo Cardoso. **Conjunto habitacional: vila dos idosos**. In: BARROSO, Aurea Soares; VIANA, Edgard Borsoi; RIOTO, Inês Andrade (orgs.). *Morar 60 Mais: Revolucionando a moradia em face da longevidade*. A4 Editora, 2021.

BORGES, M. C. **O Idoso e as Políticas Públicas e Sociais no Brasil**. In: LIBERALESSO, N. et al. (org.). *As múltiplas faces da velhice no Brasil*. Editora Alínea, 2015. Edição do Kindle.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo**. 2. Ed. Brasília, 2003.

_____. **A insidiosa corrosão dos sistemas de proteção social europeus**. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 112, p. 754-803, out./dez. 2012

_____. **O sentido de Estado social capitalista**. In: **Assistência Social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, p. 23-60, 2016.

BORN, T. **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.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização eo funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Brasília, v. 143, n. 61, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2205, de 18 de novembro de 2003**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atendimento de Atenção Básica, 19). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB/SUAS**. Brasília, 2005.

_____. **Censo SUAS 2017**. Resultados Nacionais, Unidades de Acolhimento. Brasília, Coordenação-Geral de Planejamento e Vigilância Socioassistencial. Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social. Junho de 2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Estatuto do idoso**: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

_____. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa**. Subsecretaria de Direitos Humanos. – Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

_____. UNFPA. **Fecundidade e dinâmica da população brasileira**. Brasília, 2018.

_____. **Decreto Nº 9.921 de 18 de julho de 2019**, que consolida atos normativos editados pelo poder executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. Brasília: 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. **As Políticas de Seguridade Social Saúde**. In: CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB-CEAD/ CFESS, 2000.

BURLÁ, Claudia; PY, Ligia; SCHARFSTEIN, Eloisa Adler. **Como estão sendo cuidados os idosos no final da vida**. Cuidados de longa duração para a população idosa: Um novo risco social a ser assumido, p. 271-302, 2010.

CAMARANO, A. A. et al. **Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil**. (Comunicados do IPEA. Eixos do desenvolvimento brasileiro, 93). Brasília, DF: IPEA, 2011.

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**. R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235 jan./jun. 2010.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. **Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada**

pelas PNADs. In: Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido, p. 93-122, 2010.

CAMARANO, Ana Amélia; MELLO, Juliana Leitão. **Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais.** Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido, p. 68-92, 2010.

CAMARANO, Ana Amélia; SCHARFSTEIN, Eloisa Adler. **Instituições de Longa Permanência para Idosos: abrigo ou retiro.** Carano AA. Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido, p. 163-86, 2010.

CANNON, John. **A Dictionary of British History.** 2004. In Encyclopedia.com.

CARCANHOLO, Reinaldo. **Capital: essência e aparência.** São Paulo: Expressão Popular, v.1, 2011.

CARVALHO, E. T. F. **Geriatría não faz milagres.** CT, Revista Brasileira de Clínica Terapêutica, São Paulo, ano XIII, n.7, p.28-32, jul. 1984.

CASTRO, S. F.. **Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: garantias legais x realidade efetiva.** In: Envelhecimento na sociabilidade do capital. Campinas: Papel Social, 2017.

CHRISTOPHE, Micheline. **Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração?** Rio de Janeiro: 2009.

CISNE, Mirla. **Feminismo e consciência de classe no Brasil.** Cortez Editora, 2015.

COIMBRA, M. A. **Abordagens teóricas ao estudo das políticas sociais.** In: ABRANCHES, S. et al. Política social e combate à pobreza. Rio de Janeiro: Zahar, p. 65-10, 1987.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução n o 510, de 07 de abril de 2016.** Brasília, 2016. Diário Oficial da União, nº 98, Brasília, 24 maio 2016. Seção 1, p. 1-10. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em 22/12/2017.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** Cortez, 2004.

CRUZ, Suellen. **Movimento negro e as políticas de promoção da igualdade racial no Espírito Santo.** Dissertação – Universidade Federal do Espírito Santo, CCJE, 2019.

DIERCKXSENS, W. PIQUERAS, A. (Orgs). **O capital frente ao seu declínio.Fim da unipolaridade global: transição para o pós-capitalismo?** 1.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2018.

DE JESUS, Rosilene Soares; DE LORETO, Maria das Dores Saraiva. **O benefício de prestação continuada para o idoso e suas interfaces com o espaço relacional e com a questão de gênero.** Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE), v. 3, n. 2, p. 239-264, 2016.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira et al. **Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde, Bem-estar e**

Envelhecimento). Camarano AA, organizadora. In: Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido, p. 123-44, 2010.

DRAIBE, Sonia M. **As políticas sociais e o neoliberalismo-reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas**. Revista USP, n. 17, p. 86-101, 1993.

FREITAS, E.V. de. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: PY,L. et al. **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro: Ed. NAU, 2004.

FREIRE, F. S. et al. **Sustentabilidade econômica das instituições de longa permanência para idosos**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 533-543, out./dez. 2012.

FRIEDMAN, M. **Capitalismo e liberdade**. São Paulo: Nova Cultural, 1985. 2ed. Col. Os Economistas.

GIACOMIN, K. C. Envelhecimento populacional e os desafios para as políticas públicas. In: BERZINS, Marilla; BORGES, Maria Claudia. **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

GIACOMIN, K. C.; MAIO, I. G. A PNI na área da saúde. In: ALCÂNTARA, A. O. ; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Orgs.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. p.135-173. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

GLENN, Evelyn Nakano. **Reimaginando o cuidado e o trabalho de cuidado**. In.: GUIMARÃES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena (Ed.). **Care and CareWorkers: A Latin American Perspective**. Springer InternationalPublishing, 2021.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza et al (Org.). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

GOMES, S.; et al. **Políticas públicas para a pessoa idosa: marcos legais e regulatórios**. Brasília: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social, 2009.

GOMES, Maria das Graças Cunha. Velhice dependente: o ônus do cuidado sobre as famílias. Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social, v. 1, n. 1, 2020.

GONSALVES, E. P. Conversas sobre iniciação à pesquisa científica. Campinas, SP: Alínea, 2001.

GROISMAN, Daniel. A Infância do Asilo: a institucionalização da velhice no Rio de Janeiro da Virada do século. Rio de Janeiro, UFRJ, 1999.

GUIMARÃES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena (Ed.). **Care and CareWorkers: A Latin American Perspective**. Springer International Publishing, 2021.

_____. **Os circuitos do cuidado: reflexões a partir do caso brasileiro**. In.: GUIMARÃES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena (Ed.). **Care and CareWorkers: A Latin American Perspective**. Springer International Publishing, 2021.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **A questão social no capitalismo**. Revista Temporalis, v. 3, p. 09-32, 2001.

IASI, M. L. Política, Estado e Ideologia na trama conjuntural. São Paulo: ICP, 2017.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Trad. Célia Neves e Alderico Toríbio. 4a. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. (p.09-54 e pp. 195-221)

LACERDA, T.T.B., NEVES, A.P.M., BUARQUE, G.L.A., FREITAS, D.C.C.V., TESSAROLO, M.M.M., GONZÁLEZ, N., et al. **Geospatial panorama of long-term care facilities in Brazil: a portrait of territorial inequalities**. Geriatr Gerontol Aging. 2021.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Rev. katálysis, v.10, n.spe, p.37-45. Florianópolis, 2007.

LIMA, M.A.X.C. **O fazer Institucionalizado: O cotidiano do asilamento**. Dissertação de mestrado. São Paulo (SP): PEPGG/PUC-SP, 2005.

LINIL, E. V. et al. **Instituições de longa permanência para idosos: da legislação às necessidades**. Rev. Rene. Mar-Abr; p. 284-93. 2015.

LOBATO, A. T. G. **Envelhecimento e Políticas Sociais: Possibilidades de Trabalho do Assistente Social na Área da Saúde do Idoso**. In: DUARTE, M. J et. al. (orgs.). Política de Saúde hoje: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

LOUVISON, M. ETSUKO, R. **Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa**. In: BERZINS, M.; BORGES, M. C. Políticas públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari, 2012.

MARQUES, R. M.; FERREIRA, M. R. J. (orgs.). **O Brasil sob a nova ordem: uma análise dos governos Collor a Lula**. São Paulo: Saraiva, 2010.

MARQUES, R. M. **O lugar das políticas sociais no capitalismo contemporâneo**. Argumentum, v. 7, n. 2, p. 7-21, 2015.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. 26. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MATOS, M. C. No Rastro dos Acontecimentos: a Política de Saúde no Brasil. In: DUARTE, M. J et. al. (orgs.). **Política de Saúde hoje: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social, Método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, 21ª Ed. RJ: Vozes, 2002.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Família e políticas sociais**. In: BOSCHETTI, I, et al (orgs.). Política social no capitalismo: tendências contemporâneas. 2. ed. São Paulo: Cortez, p. 130-148, 2009.

MONTAÑO, C.; DURIGUETTO, M. L. **Estado, classe e movimento social**. Cortez Editora, 2014.

NERIS, M. S. M. **Atendimento em centro-dia para idosos em situação de dependência: alternativa de serviço da política nacional de assistência social?** Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

NERI, A. L. **Atitudes e crenças sobre velhice: análise de conteúdo de textos do jornal O Estado de São Paulo publicados entre 1995 e 2002.** In: LIBERALESSO, N. et al. (org.). *As múltiplas faces da velhice no Brasil.* Editora Alínea, 2015. Edição do Kindle.

NERI, M. (coord.). **Onde estão os idosos? Conhecimento contra o COVID-19.** Rio de Janeiro, FGV Social, 2020. Acesso em: <https://www.cps.fgv.br/cps/bd/docs/Sumario-Executivo-Covidage-FGV-Social-Marcelo-Neri.pdf>

NETTO, J. P. **Cinco notas a propósito da “questão social”.** Revista Temporalis, v. 3, p. 41-49, 2001.

_____. **Introdução ao método de Marx.** 1ª edição. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PAIVA, S. O. C. **Envelhecimento saúde e trabalho no tempo do capital.** São Paulo: Cortez, 2014.

PALIER, B. **El régimen de bienestar continental: de un sistema congelado a las reformas estructurales.** Los Estados de Bien estar em la encrucijada, 2013.

PASINATO, Maria Tereza de M.; KORNIS, George EM. **A inserção dos cuidados de longa duração para idosos no âmbito dos sistemas de seguridade social: experiência internacional.** In: *Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido*, p. 39-66, 2010.

PASTORINI, A.; MARTÍNEZ, I. **Tendências das mudanças da proteção social no Brasil e no Uruguai: a centralidade das redes mínimas na América Latina.** Revista Katálysis, v. 17, n. 1, 2014.

PEREIRA, Potyara. **Trajetória da política social: das velhas leis dos pobres ao Welfare State.** Política Social: temas & questões. São Paulo: Cortez, 2008.

PIUVEZAMA G. et al. **Atenção primária à saúde e os idosos institucionalizados: a perspectiva da gestão municipal no Brasil.** Rev. Port. Saúde Pública. 34(1):92–100, 2016.

PASHUKANIS, E. **A teoria geral do direito e o marxismo e ensaios escolhidos (1921-1929).** Editora Sundermann, Coleção Ideias Baratas, SP, 2017.

POLISAITIS, A. **Como estão inseridas nas políticas de saúde brasileira as instituições de longa permanência para idosos (ilpis) e as clínicas de retaguarda?** São Paulo, 2018.

POSTUMA, Anne Caroline. **O déficit assistencial na América Latina: Estrutura, tendências e abordagens políticas.** In.: GUIMARÃES, NadyaAraujo; HIRATA, Helena (Ed.). *Careand Care Workers: A Latin American Perspective.* Springer International Publishing, 2021.

POULANTZAS, N. **O Estado, o poder o socialismo.** Rio de Janeiro: Graal, 1981.

PRATES, J. C. **Teoria e método marxiano: fundamentos e mediação com a pesquisa social**. Material Didático. ENPS-2018 minicurso. Vitória: UFES, 2018.

ROSANVALLON, P. **A nova questão social: repensando o Estado Providência**. Instituto Teotônio Vilela, 1998.

REZENDE, Joffre M. de. **Linguagem Médica: “institucionalização” do idoso**. 2002. Disponível em <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/idoso.htm>. Acesso em 23 de abril de 2008.

ROTHBARTH, Murray. **A anatomia do Estado**. São Paulo: Mises Brasil, 2009.

ROMERO, Dalia E. et al. **Internações de idosos por cuidados prolongados em hospitais do SUS no Rio de Janeiro: uma análise de suas características e da fragilidade das redes sociais de cuidado**. Camarano A.A., organizadora. Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido, p. 249-78, 2010.

ROMERO, R. M.. Fundamentos teóricos de la política social. In: BRACHO, A. B; FERRER, J.G (coords). **Política social**. 1998. p. 33-50.

SALVADOR, E. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. Cortez Editora, 2010.

_____. **O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal**. Serviço Social & Sociedade, n. 130, p. 426-446, 2017.

_____. **Fundo público e conflito distributivo em tempos de ajuste fiscal no Brasil**. In.: CASTRO, J.; POCHMANN, M. (org.). Brasil: Estado social contra a barbárie. São Paulo, Fundação Perseu Abramo, 2020.

SANTOS, Silvia Maria; et al. **Cuidadores familiares de idosos dementados: uma reflexão sobre o cuidado e o papel dos conflitos na dinâmica da família cuidadora**. As múltiplas faces da velhice no Brasil, 2015, edição Kindle.

SÃO PAULO. **Documento Norteador do Programa Acompanhante de Idosos no Município de São Paulo**. Prefeitura do Município de São Paulo, 2012.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de e GUIDANI, J. F.. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas**. Artigo. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. V. 1. Nº 1. Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em: <<https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6/pdf>>.

SPOSATI, A. O. (Coord). **A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

OLIVEIRA, Heloísa Maria José de. **Cultura política e Assistência social: desafios à consolidação de uma singular política pública no âmbito da proteção social**. Revista Ser Social, v. 12, p. 9-54, 2003.

TACELI, Camila Cristina. **Envelhecimento e direito à moradia: Experiência da Vila Dignidade em Mogi das Cruzes**. In: BARROSO, Aurea Soares; VIANA, Edgard Borsoi; RIOTO, Inês Andrade (orgs.). Morar 60 Mais: Revolucionando a moradia em face da longevidade. A4 Editora, 2021.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento do trabalhador na sociedade capitalista**. In: Envelhecimento na sociabilidade do capital. Campinas: Papel Social, 2017.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado**. Serviço Social & Sociedade, n. 137, p. 135-154, 2020.

OLIVEIRA, Francisco Fabrício Firmino. **Programa Cidada Madura – Paraíba**. In: BARROSO, Aurea Soares; VIANA, Edgard Borsoi; RIOTO, Inês Andrade (orgs.). Morar 60 Mais: Revolucionando a moradia em face da longevidade. A4 Editora, 2021.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de Coleta de Dados No Campo**. Editora Atlas AS. São Paulo, 2012.

VINUTO, J. **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto**. Temáticas, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2015: adolescentes de 16 e 17 anos do Brasil**. Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais – FLACSO. Rio de Janeiro, 2015.

YAZBEK, M. C.. **A política social brasileira dos anos 90: a refilantropização da questão social**. Cadernos Abong, nº 3. São Paulo, ABONG, 1995.