

Luana Corrêa de Araújo
Joseana Maria Saraiva
Evandro Alves Barbosa Filho

Perfil dos/das profissionais de Instituição de Longa Permanência para Idosos/as

COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO E O BEM-ESTAR



Pantanal Editora

2021

**Luana Corrêa de Araújo
Joseana Maria Saraiva
Evandro Alves Barbosa Filho**

**Perfil dos/das profissionais de
Instituição de Longa Permanência
para Idosos/as: competências para o
cuidado e o bem-estar**



Pantanal Editora

2021

Copyright© Pantanal Editora

Editor Chefe: Prof. Dr. Alan Mario Zuffo

Editores Executivos: Prof. Dr. Jorge González Aguilera e Prof. Dr. Bruno Rodrigues de Oliveira

Diagramação: A editora. **Diagramação e Arte:** A editora. **Imagens de capa e contracapa:** Canva.com. **Revisão:** O(s) autor(es), organizador(es) e a editora.

Conselho Editorial

Grau acadêmico e Nome

Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos
Prof. Msc. Adriana Flávia Neu
Prof. Dra. Albys Ferrer Dubois
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior
Prof. Msc. Aris Verdecia Peña
Prof. Arisleidis Chapman Verdecia
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva
Prof. Dr. Bruno Gomes de Araújo
Prof. Dr. Caio Cesar Enside de Abreu
Prof. Dr. Carlos Nick
Prof. Dr. Claudio Silveira Maia
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos
Prof. Dr. Cristiano Pereira da Silva
Prof. Ma. Dayse Rodrigues dos Santos
Prof. Msc. David Chacon Alvarez
Prof. Dr. Denis Silva Nogueira
Prof. Dra. Denise Silva Nogueira
Prof. Dra. Dennyura Oliveira Galvão
Prof. Dr. Elias Rocha Gonçalves
Prof. Me. Ernane Rosa Martins
Prof. Dr. Fábio Steiner
Prof. Dr. Fabiano dos Santos Souza
Prof. Dr. Gabriel Andres Tafur Gomez
Prof. Dr. Hebert Hernán Soto Gonzáles
Prof. Dr. Hudson do Vale de Oliveira
Prof. Msc. Javier Revilla Armesto
Prof. Msc. João Camilo Sevilla
Prof. Dr. José Luis Soto Gonzales
Prof. Dr. Julio Cezar Uzinski
Prof. Msc. Lucas R. Oliveira
Prof. Dra. Keyla Christina Almeida Portela
Prof. Dr. Leandris Argentele-Martínez
Prof. Msc. Lidiene Jaqueline de Souza Costa Marchesan
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann
Prof. Msc. Marcos Pisarski Júnior
Prof. Dr. Marcos Pereira dos Santos
Prof. Dr. Mario Rodrigo Esparza Mantilla
Prof. Msc. Mary Jose Almeida Pereira
Prof. Msc. Núbia Flávia Oliveira Mendes
Prof. Msc. Nila Luciana Vilhena Madureira
Prof. Dra. Patrícia Maurer
Prof. Msc. Queila Pahim da Silva
Prof. Dr. Rafael Chapman Auty
Prof. Dr. Rafael Felipe Ratke
Prof. Dr. Raphael Reis da Silva
Prof. Dr. Renato Jaqueto Goes
Prof. Dr. Ricardo Alves de Araújo
Prof. Dra. Sylvana Karla da Silva de Lemos Santos
Prof. Dr. Wéverson Lima Fonseca
Prof. Msc. Wesclen Vilar Nogueira
Prof. Dra. Yilan Fung Boix
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme

Instituição

OAB/PB
Mun. Faxinal Soturno e Tupanciretã
UO (Cuba)
IF SUDESTE MG
Facultad de Medicina (Cuba)
ISCM (Cuba)
UFESSPA
UEA
UNEMAT
UFV
AJES
UFGD
UEMS
IFPA
UNICENTRO
IFMT
UFMG
URCA
ISEPAM-FAETEC
IFG
UEMS
UFF
(Colômbia)
UNAM (Peru)
IFRR
UCG (México)
Mun. Rio de Janeiro
UNMSM (Peru)
UFMT
Mun. de Chap. do Sul
IFPR
Tec-NM (México)
Consultório em Santa Maria
UFJF
UEG
FAQ
UNAM (Peru)
SEDUC/PA
IFB
IFPA
UNIPAMPA
IFB
UO (Cuba)
UFMS
UFPI
UFG
UEMA
IFB
UFPI
FURG
UO (Cuba)
UFT

Conselho Técnico Científico

- Esp. Joacir Mário Zuffo Júnior

- Esp. Maurício Amormino Júnior
- Esp. Tayronne de Almeida Rodrigues
- Lda. Rosalina Eufrausino Lustosa Zuffo

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

A663p Araújo, Luana Corrêa de.
Perfil dos/das profissionais de Instituição de Longa Permanência para idosos [livro eletrônico] : competências para o cuidado e o bem-estar / Luana Corrêa de Araújo, Joseana Maria Saraiva, Evandro Alves Barbosa Filho. – Nova Xavantina, MT: Pantanal, 2021. 86p.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN 978-65-81460-12-9

DOI <https://doi.org/10.46420/9786581460129>

1. Idosos – Assistência em instituições. 2. Idosos – Relações com a família.
 3. Envelhecimento. I. Saraiva, Joseana Maria. II. Barbosa Filho, Evandro Alves.
- CDD 362.611

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422



Pantanal Editora

Nossos e-books são de acesso público e gratuito e seu download e compartilhamento são permitidos, mas solicitamos que sejam dados os devidos créditos à Pantanal Editora e também aos organizadores e autores. Entretanto, não é permitida a utilização dos e-books para fins comerciais, exceto com autorização expressa dos autores com a concordância da Pantanal Editora.

Rua Abaete, 83, Sala B, Centro. CEP: 78690-000.
Nova Xavantina – Mato Grosso – Brasil.
Telefone (66) 99682-4165 (Whatsapp).
<https://www.editorapantanal.com.br>
contato@editorapantanal.com.br

PREFÁCIO

Na velhice, para onde ir? Onde ficar, com quem estar e, quando necessário, quem pode cuidar? No Brasil, ainda predomina a ideia de que a pessoa idosa deve ficar entre seus familiares e, em especial, sob os cuidados da mulher. Não pretendo debater essa concepção, mas apenas apontar os riscos da hegemonia desse pensamento, cuja tendência é a de anular/marginalizar outras alternativas, que poderiam e podem ser satisfatórias para viver essa fase da vida, tais como as Instituições de Longa Permanência (ILPIs), objeto de estudo da pesquisa deste livro, centrado na análise do perfil dos profissionais dessas entidades.

A ideia do espaço familiar como ideal e único para viver a velhice, muitas vezes, impõe às mulheres, não apenas uma sobrecarga de dedicação de seu tempo aos mais velhos da casa, mas, também, a sua culpabilização se a pessoa idosa não recebe o cuidado integral que lhe deveria ser oferecido. As Instituições de Longa Permanência aparecem sempre como último recurso, visto frequentemente como sinônimo de lugar para onde vão os que não tem nenhuma outra opção: lugar dos esquecidos, abandonados, sem família e sem amor.

Esse pensamento ainda dominante alimenta e é alimentado pelas condições encontradas em muitas dessas entidades, frequentemente, consolidadas como um lugar onde a assistência básica, necessária à sobrevivência, é o serviço prestado. Sem dúvida, o Estatuto da Pessoa Idosa e demais políticas públicas desenvolvidas no país, bem como, a vigilância das condições sanitárias e humanas mínimas a serem por elas atendidas, trouxeram grandes avanços para a melhoria dessas estruturas, tanto públicas como privadas. No entanto, é insuficiente. Ainda há uma grande escalada para tornar esses espaços, de convivência ou vivência, viáveis. Há muito que se fazer para transformar, qualitativamente, essas estruturas, de forma a superar as condições concretas existentes, como também alterar as concepções historicamente introjetadas.

As ILPIs surgem, com a proposta de superar esse imaginário (nem tão imaginário assim, considerando as péssimas condições de grande parte delas, antes do Estatuto da Pessoa Idosa) e de se apresentarem como alternativa de moradia e proteção tanto para a velhice dependente como para a velhice saudável. As ILPIs, poderiam sim, ser objeto preferencial de desejo de muitas pessoas idosas, mesmo com familiares vivos e afetivos, se ali fossem oferecidos os serviços necessários para uma velhice digna.

Essa mudança tem que se efetivar em várias frentes, mas basicamente em dois campos: por um lado, pela continuidade da permanente vigilância do funcionamento delas, por parte dos órgãos estatais competentes, dos familiares e da sociedade civil organizada (as entidades de defesa dos direitos da pessoa idosa vêm efetivando excelente trabalho nesse sentido). Por outro lado, a realização de estudos e pesquisas que identifiquem os problemas e apontem soluções para superar os obstáculos e as lacunas

presentes nessas instituições, de forma a torná-las acolhedoras e, de fato, surgirem como objeto de desejo para uma velhice tranquila e protegida. Por que não?

Esse trabalho, desenvolvido por Luana Corrêa de Araújo, sob a estreita orientação da Profa. Joseana Maria Saraiva, se inclui, de forma enfática, nesse movimento de transformação das ILPIs, na medida em que “apresenta e analisa o perfil socioeconômico, demográfico, formação e experiência profissional dos(as) trabalhadores(as) de nível operacional de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) da Cidade e da Região Metropolitana de Recife - PE, suas representações sociais acerca dessas instituições, dos requisitos atribuídos aos profissionais para trabalhar em ILPIs e seus impactos no contexto do cuidado e do bem-estar dos(as) idosos(as)”.

A relevância desse estudo se expressa, não apenas pela constatação de que a realidade da cidade do Recife reflete uma situação encontrada nacionalmente como, também, expõe os motivos pelos quais ainda temos muita luta pela frente para mudar a realidade dessas instituições. Fica evidenciado, no resultado de sua pesquisa, a realimentação do imaginário sobre as ILPIs como um lugar não desejado, como um lugar destinado aos dos abandonados, refletido aqui nas condições de trabalho e de capacitação dos profissionais requisitados por essas instituições. A cada conclusão a que chegam, Luana e Joseana nos impulsionam a refletir sobre a estreita relação entre a desvalorização da velhice (principalmente institucionalizada) e, por conseguinte, o desmerecimento dos profissionais que atendem a este público específico. No caso da velhice, trazer à consciência da sociedade, o descarte do ser humano em seu último período de vida é, como aponta Simone Beauvoir em sua obra, a medida dada pela sociedade ao significado da vida: Somente sabemos os valores que permeiam a nossa dinâmica, quando observamos de que forma são as pessoas idosas.

Os depoimentos apresentados nos levam a perceber, claramente, que os próprios profissionais da área operacional das ILPIs, têm a ideia preconceituosa e historicamente construída de que aquelas pessoas necessitam apenas de carinho, reforçando a ideia de que ali estão os abandonados, os desamados, os infelizes. Enquanto não mudarmos essas instituições, permanecerá a concepção equivocada sobre elas, inclusive por parte dos profissionais que nelas atuam, enquanto não mudarmos as concepções sobre elas, não conseguiremos transformá-las.

Trabalhos como esse de Luana e de Joseana, nos ajudam a ver a importância e a urgência em trabalhar de forma incansável e integrada em dois campos de luta: o material e o cultural. Nessa perspectiva, poderemos transformar essa realidade e oferecer a todos mais uma opção de um lugar acolhedor e digno para viver as diferentes velhices.

À Luana e a Professora Joseana, nossos agradecimentos, por colocarem mais luzes no caminho da luta por uma velhice que não nos assuste e, muito menos, nos insulte!

Isolda Belo
Docente do Mestrado em Gerontologia (Programa de Pós-graduação em Gerontologia-PPGERO/UFPE)

APRESENTAÇÃO

Em regra, o desejo de produzir um trabalho científico surge no contexto da iniciação científica, no momento em que o(a) estudante tem contato com a pesquisa. A autora principal desse livro era uma estudante de graduação do curso de Economia Doméstica da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), que passou a maior parte do curso como pesquisadora voluntária do Programa de Iniciação Científica (PIC/UFRPE/CNPq), em um projeto de pesquisa intitulado “Perfil dos(as) profissionais de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e seus reflexos no processo de produção e de consumo de produtos e de serviços com qualidade nessas instituições”. A partir dos resultados desta pesquisa, derivou sua monografia e deu origem a esse livro.

Penso ser uma experiência particular e gratificante para Luana Corrêa de Araújo se descobrir autora de um livro fruto de sua monografia, o que não é comum, geralmente, os livros são resultados de estudos de dissertações de mestrado, principalmente, de teses de doutorado.

Ao me converter em orientadora de Luana, a partir do referido projeto de pesquisa, passei a ouvir as suas inquietações sobre a experiência que estava vivenciando como pesquisadora e elas eram muito parecidas com as minhas quando nessa situação. No momento em que o(a) aluno tem contato com a pesquisa e descobre-se a elaborar problemas, perguntas hipóteses, objetivos, métodos e análises e desejosos(as) pela possível publicação e assim, garantir os créditos por suas ideias. Passei a registrar os seus questionamentos e a analisar os fatores que poderiam interferir na construção e na qualidade dos resultados da nossa pesquisa.

Essa preocupação expressava a apreensão com a sua aprendizagem, por conseguinte com a qualidade da produção acadêmica, ainda na face inicial da elaboração do trabalho monográfico, uma das mais difíceis para os(as) estudantes, sobretudo, pela dificuldade de leitura e de escrita dentro dos parâmetros teóricos-metodológicos que se exige.

Nesse processo, compreender que a construção do conhecimento não é uma atividade simples e nem muito menos, isolada, que a interação entre orientador e orientando pode fazer a diferença na qualidade do trabalho. Condição esta fundamental na minha relação com Luana, intersubjetiva no campo da liberdade de ação, mas humana, envolvendo razão, mas, também emoção e afetividade.

Desta relação, resultou essa publicação científica, significativa, relevante e atual, que apresenta e analisa o perfil socioeconômico, demográfico, formação e experiência profissional dos(as) trabalhadores(as) de nível operacional de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) da Cidade e da Região Metropolitana de Recife - PE, suas representações sociais acerca dessas instituições, dos requisitos atribuídos aos profissionais para trabalhar em ILPIs e seus impactos no contexto do cuidado e do bem-estar da pessoa idosa.

Nos termos da lei, o Estatuto do Idoso (Lei nº10.741/ 2003.) a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994.) e a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria nº 1.395/1999), entre outras normas e

leis, estabelecem que as ILPIs devem oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e acessibilidade a todas as pessoas com 60 ou mais anos, com ou sem dificuldades de locomoção. Tendo em vista atender as necessidades e demandas de cuidados de saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos(as) seus(suas) usuários(as), com a finalidade de promover a sua saúde, autonomia, independência e bem-estar físico, psicológico e social. Contudo, estudos realizados pela coautora e autora desse livro (Saraiva et al., 2019) bem como por outros teóricos (Fabrício, 2016; Fabrício; Saraiva, 2018) evidenciam que a organização e o funcionamento dessas instituições em estados do país como Pernambuco, particularmente, na cidade de Recife e na Região Metropolitana, apresentam condições que limitam a efetivação do direito do(a) idoso(a) ao atendimento de suas demandas e necessidades, conforme assegura a legislação vigente.

Vale ressaltar a relevância desses achados e sua significação quando se considera a dinâmica demográfica e epidemiológica brasileira com tendências ao envelhecimento populacional cada vez mais crescente, decorrente do aumento da longevidade. O aumento do envelhecimento populacional representa uma tendência mundial, observada nos números quantitativos, significativos, de crescimento da população idosa. Sendo, a estimativa no Brasil para 2060 de 33,7% de pessoas com ou acima de 60 anos de idade, da população total. Segundo Pollo (2008) os estudos sobre o perfil das ILPIs e do público atendido, incluso as características e necessidades dessas instituições, apresentam muitas situações e problemas na gestão, que configuram a prestação de serviços distante do padrão de qualidade desejável definido na legislação que regula os direitos dos/as idosos/as no País. Cabe a indagação: o Brasil está preparado para atender às necessidades da população que envelhece?

O aumento da longevidade em nosso país, evidencia, portanto, uma maior demanda por cuidados institucionais, em ILPI, especialmente, para os idosos com algum grau de dependência física ou cognitiva, em que os cuidados de forma integral são necessários. Conforme mostram os estudos tem se confirmado em um grande problema para a gestão pública. Entende-se que essas contradições, no seu conjunto, estão postas e precisam ser estudadas. Nesses termos, a insuficiência de condições físicas, materiais e funcionais das ILPIs, por conseguinte, a falta de pessoal qualificado para o cuidado, constitui um problema, uma vez que pode refletir diretamente na baixa qualidade dos produtos e dos serviços destinados aos idosos/as dessas instituições, sobretudo, inviabiliza a promoção da sua saúde, autonomia, independência e bem-estar físico, psicológico e social.

Entende-se que, a compreensão do perfil dos(as) profissionais de ILPIs, incluindo a formação, experiência e competências profissionais para cuidar e promover o bem-estar das pessoas idosas nessas instituições, constitui uma alternativa importante para contribuir com a melhoria da qualidade dos produtos e dos serviços prestados e consumidos pelos usuários, o que poderá resultar em melhores condições de saúde, autonomia, independência, bem-estar físico, psicológico e social.

Nessa perspectiva, este livro visa subsidiar a discussão teórico-metodológica, conceitual clássica e emergente sobre os cuidados de longa permanência para idosos de uma crescente parcela

institucionaliza da população brasileira e de outros países do mundo. A análise e discussão iniciada e desenvolvida nesse livro é básica para formação de profissionais da área de saúde, gerontologia, assistência social, administração, ciências do consumo, economia doméstica, psicologia, entre outros/as que estão em volta com os cuidados e a promoção do bem-estar do idoso.

Isto posto, tanto a revisão bibliográfica e documental que serviu para historicizar a origem da institucionalização dos cuidados de longa permanência aos idosos no Brasil e no mundo, como a acentuada pesquisa de campo, envolvendo o perfil e as representações sociais dos/as profissionais dessas instituições sobre ILPIs e outros aspectos, podem fomentar a revisão de concepções simplistas e pragmáticas comuns ao cuidado do idoso institucionalizado e a adoção de novas práticas baseadas no reconhecimento do protagonismo e da cidadania dos(as) trabalhadores(as) das ILPIs.

Que a leitura deste livro possa também agregar novos conhecimentos e estimular a reflexão e, sobretudo, dar visibilidade à problemática de efetivação das normas de funcionamento - das instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar e em condições de liberdade, dignidade e cidadania - estabelecidas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 283, de 26 de setembro de 2005, bem em outros documentos legais já mencionados.

Boa leitura!

Joseana Maria Saraiva

Profa. Dra. do Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento
Social/UFRPE

Evandro Alves Barbosa Filho

Prof. Dr. do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/UFPE

AGRADECIMENTO

Este livro é resultado da pesquisa que realizei através do Programa Institucional de Iniciação Científica / CNPq / UFRPE junto aos profissionais de ILPIs sob a orientação da Profa. Dra. Joseana Maria Saraiva. É com grande alegria e satisfação que, nesse espaço, agradeço a todas as pessoas que contribuíram direta e indiretamente no processo de construção dessa obra.

Reporto-me, de forma muito particular e especial, o meu agradecimento a Profa. Dra. Joseana Maria Saraiva, minha orientadora, a quem devo a honra de ter neste livro como coautora, pelo mérito que lhe cabe de ter participado ativamente de todo o processo de construção da pesquisa e do trabalho monográfico, no qual originou este livro. Como bem ressaltou na apresentação, “uma relação intersubjetiva no campo da liberdade de ação, mas humana, envolvendo razão, mas, também emoção e afetividade.” Tenho pela senhora querida professora, admiração e respeito, mas, também, amor, sobretudo, gratidão, pela mestra – dedicada, competente, responsável e ética, que sempre foi motivo de inspiração, sem a qual seria impossível a concretização deste trabalho.

Agradeço ao Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq pela oportunidade de participar como voluntária do Programa de Iniciação Científica / UFRPE. Na oportunidade, faço também a todos(as) professores(as) e técnicos(as) do curso de Economia Doméstica/ UFRPE pelas trocas acadêmicas de saberes e fazeres.

Estendo ainda os agradecimentos aos(as) gestores(as) das Instituições de Longa Permanência para Idosos onde realizei a pesquisa, por permitirem adentrar nas ILPIs e realizar a pesquisa com todos profissionais envolvidos com os cuidados e bem-estar dos idosos, sem os quais o estudo não existiria. Bem como, aos profissionais entrevistados, gratidão pela confiança de contar suas histórias de vida e cotidianas nas instituições.

Em particular, agradeço as minhas amigas e amigos do curso de Economia Doméstica, ouvintes atentos dos percalços da construção da pesquisa, sempre com falas de amor e carinho. A minha família, principalmente, a minha mãe, Maria Corrêa e irmã, Ana Paula, por ter sempre acreditado na minha capacidade de superação e de conquista. Ao meu companheiro, Frank Sinatra, pelo carinho, estímulo, incentivo e subsídios teóricos na área de estatística e nos momentos precisos.

Ao Professor Dr. Evandro Alves Barbosa Filho, pelas reflexões acerca das políticas públicas voltadas para pessoa idosa. Pelo incentivo a publicação desse trabalho monográfico em forma de livro. Obrigada pela parceria em outros estudos científicos, sempre pautado de ricas contribuições científicas.

A leitura deste livro, reportará para uma realidade concreta pouco conhecida e estudada, mas que bate na porta de todos e todas num futuro próximo – cuidados em ILPIs. Seremos em algum momento de nossas vidas dependentes de cuidados intensivos e de forma integral, mas será que teremos uma família ou amigos que proverão esses cuidados?

A ILPI constitui-se assim, um direito da pessoa idosa, vamos idealizá-la e lutar para que esse espaço se efetive com qualidade desejada como direito de todos(as) que assim necessitar, que seja digno para todas as pessoas e não para poucos!

Luana Corrêa de Araújo

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, Joaquim e Francisco, bênção de Deus, que possam olhar para a velhice e ver o futuro. A todos(as) os(as) trabalhadores(as) das ILPIs que, duramente todos os dias, trabalham muito, ganham pouco e sua força de trabalho não é valorizada!

SUMÁRIO

PREFÁCIO	4
APRESENTAÇÃO	6
AGRADECIMENTO	9
DEDICATÓRIA	11
INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1	19
Contexto sócio – histórico e cultural das instituições de atendimento aos(as) idosos(as): da idade antiga à contemporaneidade	19
Na Idade Antiga	19
Na Idade Média	20
Na Idade Moderna	21
Na Contemporaneidade	22
CAPÍTULO 2	23
A inclusão dos cuidados institucionais para idosos(as) no âmbito dos sistemas de seguridade Social: na América do Norte e Europa	23
Modelo de sistema Liberal (Anglo-saxônico)	24
Modelo de sistema Social Democrático (Nórdico)	27
Modelo de sistema Conservador (Continental)	28
CAPÍTULO 3	35
As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil – Da caridade ao direito	35
As Instituições de atendimento aos(as) idosos(as) no Brasil Colônia	35
As Instituições de atendimento aos(as) idosos(as) no Brasil Império	35
As Instituições de atendimento aos(as) idosos(as) no Brasil República	37
A velhice Institucionalizada do Século XX	38
Instituições de Longa Permanência para Idosos(as) no Século XXI	41
CAPÍTULO 4	46
Metodologia	46
Do Estágio Supervisionado Obrigatório – ESO	46
Abordagem, objetivo e tipologia do Estudo	47
Abordagem	47
Objetivos – natureza da pesquisa	47
Tipologia do estudo	47

Universo e Amostra.....	48
Instrumento de pesquisa.....	49
Método de análise dos dados.....	49
Análise e Tratamento dos Dados.....	50
CAPÍTULO 5.....	51
Resultados e Discussão.....	51
Perfil socioeconômico e demográfico.....	51
Idade e Sexo.....	51
Estado civil e Número de Filhos.....	54
Salário e Renda Familiar.....	56
Nível de escolaridade.....	59
Condições da Moradia.....	61
Experiência profissional anterior de trabalho.....	62
Capacitação Profissional.....	65
Concepções acerca da ILPI.....	67
Requisitos Atribuídos ao(a) Profissional para Trabalhar em ILPI.....	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
ÍNDICE REMISSIVO.....	85
SOBRE OS AUTORES.....	86

INTRODUÇÃO

Vive-se o Século do Envelhecimento, fenômeno complexo e multifacetado que abrange as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, demográficas, jurídicas, políticas, éticas e filosóficas. Para a Organização das Nações Unidas (ONU, 2002) este fenômeno é resultado dos investimentos realizado através das políticas públicas na vida dos(as) cidadãos(ãs). Para os estudiosos desse fenômeno, o prolongamento da vida não é apenas resultado do investimento nas políticas públicas é também, fruto do crescimento vegetativo, do avanço tecnológico e do aumento gradual da esperança média de vida, que teve como consequência melhor qualidade de vida para a população idosa. Somado a isso, a redução da mortalidade em todas as idades, a diminuição da natalidade, o investimento em programas de vacinações e principalmente os avanços da medicina que contribuiram para as pessoas viverem mais, com isso a expectativa de vida aumentou significativamente. Por conseguinte, o envelhecimento ganhou nas últimas décadas do Século XX demasiada importância no contexto social, econômico e político em todo o mundo.

No cenário mundial a população idosa aumenta consideravelmente, são aproximadamente 895 milhões de pessoas com mais de 60 anos, a estimativa é 2,4 bilhões de idosos(as) em 2050, equivalente à 30% da população mundial (ONU, 2002). Nesse contexto, a Europa é a região onde a população mais envelhece, as pessoas idosas representam 21% do total, enquanto as crianças são 15%. Para 2050, os idosos constituiram 35% da população total. Na América do Norte, configura-se a segunda região com mais idosos(as) do planeta, com 17% de idosos, sendo 27% em 2050. Em contraste, a África possui a população mais jovem, já que os idosos constituem apenas 5% da população, enquanto as crianças são 15%.

No Brasil, a tendência não é diferente, conforme o último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população idosa é de aproximadamente 22,9 milhões que corresponde à 11,34% da população total do país, configurando o país na sexta maior população idosa do mundo. Sendo a expectativa de vida de 77,7 anos de idade para as mulheres e 70,6 anos para os homens.

Ademais, as projeções para 2025 apontam mais de 50 pessoas idosas, por cada grupo de 100 jovens menores de 15 anos. Já em 2045 o quantitativo de idosos(as) ultrapassará o de crianças. E a estimativa para 2050 é de 66,5 milhões de idosos(as), que corresponde à 29,3% da população brasileira, isso significa que será um quarto da população total de idosos(as).

Ainda nessa lógica, Pernambuco constitui o 9º Estado em número proporcional de pessoas acima de 60 anos. Estima-se que dentre os 8.796.448 habitantes, 937.943 são pessoas idosas, ou seja, 10,7% da população total. Os números apontam Recife como a terceira capital brasileira em percentual de idosos,

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

que representam 9,4% da população recifense. A capital pernambucana está atrás somente do Rio de Janeiro e Porto Alegre, conforme o Censo 2010 do IBGE.

Outro aspecto relevante são as projeções populacionais para a população acima de 80 anos de idade, para as próximas décadas, os números assinalam um crescimento bem acentuado, constituindo a faixa etária que mais cresce. Nesse sentido, Camarano e Kanso (2009), explanam que esse subgrupo populacional representará em 2040 um quarto da população idosa e cerca de 7% da população total, representando um contingente de aproximadamente 13,7 milhões de pessoas idosas. Para 2050 a quantidade é de 19% da população total. Estudos apontam que se todas as causas de morte da população idosa consideradas evitáveis forem eliminadas, um homem aos 60 anos poderia viver mais 29,2 anos e uma mulher mais 30,9.

Os estudos consideram ainda que essa população se encontra mais exposta às doenças e agravos crônicos não transmissíveis, gerando situações de dependência e conseqüentemente necessidade de mais cuidados. Portanto, a população acima dos 80 anos demandará aumento de cuidados e por mais tempo. Um dado importante é que os(as) idosos(as) vivem em média entre dois e quatro anos dependente de cuidados mais intensivos no final de suas vidas, exigindo cuidado integral e especializado a esse segmento populacional.

Diante das projeções alarmantes e emergentes de pessoas idosas no presente e principalmente no futuro próximo, faz-se necessário pesquisar os cuidados que são ofertados hoje para os(as) idosos(as) no Brasil e no mundo e as perspectivas futuras tendo em vista um cuidado integralizado e de qualidade, visando o bem-estar permanente dos(as) mesmos(as). Esses cuidados compreendem as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), a saber: estimulação, alimentação, banho, medicação, lazer, dentre outras. Estas atividades requerem profissionais especializados, com conhecimentos teóricos, metodológicos e técnicos para operacionalização do trabalho cotidiano com os(as) idosos(as), na perspectiva de promover um atendimento que resulte em saúde e bem-estar para os(as) mesmos(as).

Esses cuidados são oferecidos em domicílios e/ou em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) que podem ser caracterizados de dois tipos: informais prestados pelas famílias, amigos e/ou vizinhos ou por pessoas sem qualificação ou formação e formais, este, prestado por profissionais especializados. No Brasil, os cuidados para com a pessoa idosa institucionalizada são providos pelo Estado ou pela iniciativa privada com ou sem fins lucrativos.

Esses cuidados, historicamente têm sido realizados pela mulher como principal provedora, tanto na unidade doméstica, quanto fora dela. Em decorrência das novas conjunturas sociais e econômicas, sobremodo, com a entrada das mulheres no mercado de trabalho – naturalizada culturalmente e determinante como principal cuidadora dos(as) idosos(as) – bem como, a redução de números de filhos e de casamentos, aliado as estruturas físicas inadequadas e reduzidas dos domicílios, o cuidado com os(as) idosos(as) tem colocado os(as) mesmos(as) em risco social, físico e emocional, conforme salientam os

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

estudos acerca desse fenômeno (Camarano; Kanso, 2009; Saraiva et al., 2011; Costa; Mercadante, 2013; Fabrício, 2014).

Diante dessas transformações sociais, o cuidado domiciliar não tem atendido as demandas de cuidados desse segmento populacional, colocando muitos(as) idosos(as) em situação de risco social. Nessa direção, ganham espaços permanentes e crescentes as ILPIs, como alternativa viável e muitas vezes, única para provê-los cuidados das pessoas idosas.

Embora o cuidado familiar seja ainda preponderante no cuidado com o(a) idoso(a), devido os fatores evidenciados, a demanda por modelos alternativos de cuidado dos(as) idosos(as) vem aumentando consideravelmente, requerendo do Estado, da família e do mercado novas relações tendo em vista a provisão do cuidado de consumo coletivo formal da pessoa idosa.

No Brasil, o cuidado formal é aquele que envolve atendimento integral, por 24 horas ao idoso(a) em ILPIs e/ou em centros-dia e hospitais-dia, além do cuidado domiciliar. Este cuidado deve ser ofertado por profissionais especializados de diversas áreas como enfermagem, nutrição, economia doméstica, fisioterapia, psicologia dentre outros. Tendo em vista o processo histórico de caráter assistencialista, as ILPIs, ainda são visualizadas, na maioria das vezes, como alternativas de moradia devido as baixas condições econômicas, falta de moradia e pobreza das famílias.

Considerando a procura crescente de idosos(as) pelo cuidado formal, em 2005, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) adotou a expressão Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) para designar o tipo de instituição anteriormente chamado de Asilo. A SBGG define este 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. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2005, define ILPIs como instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, que oferecem habitação, cuidados, assistência e serviço de saúde, em condição de liberdade, dignidade e cidadania, ou seja, são domicílios coletivos que ofertam cuidados formais para ABVD e serviço de saúde. São instituições híbridas por comporem não só a rede de assistência e saúde, mas também, a de habitação.

Conforme a Política Nacional do Idoso (1994), o Estatuto do Idoso (2003), a AVISA (2005), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), entre outras normas e portarias estaduais e municipais, as Instituições de Longa Permanência para Idosos devem oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e acessibilidade a todas as pessoas com 60 anos ou mais, com dificuldades de locomoção ou não que utilizam essas instituições. Além disso, no que concerne ao trabalho humano nas ILPIs, a legislação, estabelece que os cuidados relativos à saúde, autonomia, independência e o bem-estar físico, psicológico e social de seus(as) usuários(as), deve ser realizado por profissionais de diferentes áreas, que atuem em conjunto, em prol do bem-estar físico, psicológico e social

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

da pessoa idosa. Dessa forma, se faz necessário um quadro de profissionais especializados, devidamente qualificado e capaz para desenvolver os cuidados inerentes às atividades básicas de vida diária, bem como lidar com as múltiplas doenças crônicas típicas e incapacitantes dos(as) usuários(as) das ILPIs.

Apesar dessas orientações e dos avanços na legislação, os estudos mostram que o funcionamento dessas instituições tem se caracterizado como precarizado em diferentes aspectos, não apenas no que concerne a infraestrutura física, material e humana, mas em relação ao atendimento prestado, alto índice de idosos(as) malcuidados(as), abandonados(as) e sem oportunidades para participar de atividades recreativas ou de lazer, contribuindo para seu isolamento social. Esta situação tem exposto uma parcela significativa de idosos(as) a um cotidiano apático, depressivo e insalubre, e que não propicia, por sua vez, a manutenção ou melhoria de sua qualidade de vida e conseqüentemente o bem-estar físico e social dos(as) envolvidos(as).

O espaço físico, material, humano e social habitado pelos idosos(as) em uma ILPI, depende de vários fatores que podem incentivar, deprimir, cuidar ou colocar em risco a pessoa, no caso o(a) idoso(a) que faz uso dele. Dentre estes fatores a formação e a profissionalização do pessoal de linha frente, responsáveis diretos pelos cuidados da pessoa idosa são fundamentais. É preciso exigir desses(as) profissionais qualificações, conhecimentos das questões sobre o processo de envelhecimento humano e de cuidados e estimulação dos(as) idosos(as) no ambiente institucionalizado, bem como a compreensão do(a) idoso(a) como sujeito de direito a produtos(bens) e serviços de qualidade, esta última condição sendo entendida como direito de todos(as) e não de poucos.

Nessa direção, é preciso pensar na qualidade do atendimento prestado pelas ILPIs. E pensar nesta qualidade, é, sobretudo, entender que a mesma depende da qualificação dos(as) profissionais que atuam nestas instituições. A qualidade do trabalho dos(as) profissionais resultará na qualificação das ações que visem o prolongamento da vida dos(as) idosos(as) de forma ativa e com autonomia, bem como, a prevenção de perdas funcionais, a recuperação de incapacidades, bem-estar e a melhoria da qualidade de vida dos(as) usuários(as) destas instituições, sobretudo, evitar que a pessoa idosa entre em risco social.

No entanto o que se constata é que apesar dos avanços na legislação que garante aos idosos(as) o direito de ser atendido de forma digna nas ILPIs, os estudos evidenciam deficiências generalizadas na qualidade dos produtos e dos serviços prestados por estas instituições, não desconsiderando que mesmo nas instituições com atendimento de qualidade é expressivo o número daquelas que não atendem a parâmetros básicos de funcionamento, conforme estabelece a legislação.

Contrariando esse pressuposto, segundo Creutzberg et al. (2007) o perfil dos(as) profissionais das ILPIs, especialmente quando o foco são instituições para assistência ao idoso de baixa renda, é considerado um problema crônico, aparentemente sem solução na sociedade brasileira.

A compreensão desse perfil constitui alternativa importante para contribuir com a melhoria da relação de cuidados com o(a) idoso(a) e da qualidade dos produtos e dos serviços prestados por essas

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

instituições, o que resultará em melhores condições de saúde, bem-estar social e, conseqüentemente, qualidade de vida para os(as) usuários(as) dessas instituições.

Diante dessa problemática e das evidências da carência de pesquisas e estudos em Pernambuco, particularmente da Cidade e RMR de Recife - PE que tratem dessa questão, na ordem da construção do problema que o fundamenta, esse estudo tem como objetivo geral identificar o perfil socioeconômico, demográfico, formação e experiência profissional dos(as) trabalhadores(as) de nível operacional de ILPIs da Cidade e da Região Metropolitana de Recife - PE e suas representações sociais sobre as concepções acerca da ILPI.

Nessa direção elencou-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil socioeconômico demográfico, formação e experiência profissional dos(as) profissionais das ILPIs da Cidade e da RMR de Recife – PE;
- Compreender as representações sociais que os(as) profissionais de ILPIs de nível operacional possuem sobre as mesmas.

É importante destacar também que este estudo vem consolidar outros que vêm sendo desenvolvidos pelo Curso de Graduação em Economia Doméstica e pelo Programa de Pós-Graduação em Estudo do Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social do Departamento de Ciências Domésticas da Universidade Federal Rural de Pernambuco/UFRPE.

Nessa direção, o estudo se encontra estruturado em quatro capítulos. O primeiro deles aborda o contexto sócio – histórico e cultural das instituições de atendimento aos(as) idosos(as): da idade antiga à contemporaneidade, considerando os avanços nos termos da lei e os retrocessos na prática cotidiana. O segundo capítulo aborda a trajetória das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil – Da caridade ao direito, fazendo um resgate desde os Asilos do Século XVI às ILPIs no Século XX e XXI. O terceiro capítulo ocupa-se dos procedimentos metodológicos considerando a abordagem, a tipologia de estudo, instrumento de coleta de dados, universo e amostra e método de análise. Por fim, o quarto capítulo traz os resultados e as discussões acerca das análises sobre o perfil sócioeconômico demográfico, formação e experiência profissional e as representações sociais que os(as) trabalhadores(as) possuem sobre a função das ILPIs e o trabalho que realizam.

As variáveis encontradas se constituirão ponto de partida para o desenho de políticas públicas voltadas para garantia da autonomia, independência e bem-estar dos(as) cidadãos(ãs) no processo de envelhecimento e lhes assegurará padrões de qualidade no atendimento em ILPIs.

A partir destas premissas, pretende-se, com este estudo, agregar conhecimento, estimular novas reflexões, proporcionando a troca de ideias, e, particularmente, dar visibilidade aos aspectos que configuram o perfil dos/as profissionais das Instituições de Longa Permanência para Idosos(as) e sua percepção acerca do papel dessas instituições e sobre o trabalho que desenvolvem.

Contexto sócio – histórico e cultural das instituições de atendimento aos(as) idosos(as): da idade antiga à contemporaneidade

Nesse capítulo desdobra-se os primeiros registros das primeiras instituições para os(as) idosos(as), relacionada ao seu funcionamento, bem como sua função e que clientela era atendida. O presente carrega traços do passado, assim também acontece com o conhecimento produzido acerca dos fenômenos econômicos, políticos, sociais e culturais. Nessa perspectiva, Campos (1987), afirma:

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

Os registros proporcionam a possibilidade de explicar muitos dos fenômenos da realidade contemporânea considerando a interdisciplinaridade entre as mais diversas áreas do conhecimento científico. Silva (2007), parafraseando Paulo Freire, cita que “estar no mundo sem fazer história ou produzir conhecimento sem ser ancorado na história é uma pregação sem fundamentos”.

NA IDADE ANTIGA

Estudos mostram que a história das instituições para idosos(as) tem sua origem em épocas bem longínquas. No início, na Grécia Antiga existiam as casas de assistência denominadas *hospes* – locais que recebiam hóspedes peregrinos, pobres e enfermos. E para o cuidado do(a) idoso(a) dependente, com dificuldades financeiras para seu próprio sustento ou impossibilidade de prover o próprio cuidado, seja por deficiência física ou mental, que na época se chamavam de *gerontokomeion*, afirma Christophe (2009).

A definição de asilo à época, segundo Araújo et al. (2010), consistia em um lugar de guarita, abrigo, proteção, independentemente do seu caráter social, político ou de cuidados com dependências físicas e/ou mentais, para pessoas pobres e desamparadas, como mendigos, crianças abandonadas, órfãos e velhos(as). Devido a esse termo genérico, com o passar do tempo, outras denominações com o mesmo caráter foram aplicadas às instituições, a saber: lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancionato.

Dessa forma, não se sabe como funcionavam os primeiros *gerontocômicos*, porém, os estudos apresentam que sua função básica era de instituição depositária, tuteladora de indivíduos idosos(as), as mesmas instituições ofereciam apenas cuidados básicos para aqueles(as) que estivessem nos seus últimos dias de vida. A mais antiga legislação de funcionamento destes estabelecimentos tem sua origem no

Império Bizantino, perpetuada no Código Justiniano, que data de aproximadamente 534 da era cristã (Christophe, 2009).

No ocidente, o primeiro *gerontocômico* foi fundado pelo Papa Pelágio II (520-590 d.C), dessa forma, o cristianismo foi pioneiro no amparo aos(as) velhos(as), que transformou a sua casa em um hospital para velhos(as), corroboram os(as) autores(as) Alcântara (2003); Christophe (2009) e Araújo et al. (2010).

NA IDADE MÉDIA

Na Idade Média, no Século X, na Inglaterra, foram construídas casas junto aos monastérios, denominadas *almsbouses*, destinadas à caridade (*alms*) e hospitalidade em geral, que serviam de abrigo para idosos(as) desamparados(as) e pessoas necessitadas. Estudos feitos por Christophe (2009) e, Camarano e Christophe (2010) traz a informação da mais antiga *almsbouse* de que se tem notícia, a mesma estabelecida em York, na Inglaterra. E a mais antiga ainda em funcionamento parece ser o Hospital de St. Cross, em Winchester, criado entre 1133 e 1136, na Inglaterra. Além disso, essas instituições se mantinham através de recursos oriundos dos mosteiros e de doações de outros benfeitores, que com isso tinham o poder de determinar quem poderia ou não ser beneficiado.

Ao longo dos Séculos XIV e XV, na Alemanha, Flandres (Holanda) e Itália, as instituições, principalmente de caráter filantrópico, de caridade e hospitalidade em geral, se multiplicaram para cuidar dos pobres, miseráveis e desamparados que não tinham lugar na recente estrutura capitalista em formação, dos burgos emergentes, assinala Christophe (2009, p.25). Isso foi um dos efeitos da transição do sistema feudalista para o capitalista, na qual, formavam-se vilas e cidades desordenadas próximas às indústrias nascentes. Essas transformações sociais efêmeras se deram em decorrência intenso do êxodo rural, pela migração de trabalhadores(as) rurais para áreas urbanas a procura de trabalho. Nesse contexto, aumentou consideravelmente, a população dos centros urbanos, conseqüentemente sem trabalhos, desempregados, pessoas perambulando pelas ruas miseravelmente, inclusive idosos(as), gerando problemas sociais de natureza diversa (Fabrício, 2016).

O historiador Jean-Pierre Bois (1997) ressalta nessa época, a ruptura dos laços comunitários e o surgimento de casas de cuidado coletivo para todos(as) que necessitavam. Ainda conforme o historiador, os(as) idosos(as), na época, não constituíam uma categoria social, eles eram invisíveis como grupo, devido à sua baixa proporção dentro da população, existindo apenas uma categorização entre ocupados e desocupados. Na categoria de desocupados encontravam-se os(as) idosos(as) pobres, uma vez que os ricos continuavam a serem cuidados no seio de suas famílias, por isso não era possível ter instituições de cuidados apenas para os(as) idosos(as) (Bois *apud* Camarano; Christophe, 2010).

NA IDADE MODERNA

Vários estudos (Filizzola, 1972; Born, 2001; Born; Boechat, 2006; Camarano, 2010) salientam que durante o Século XVI, a Inglaterra passou por um aumento populacional significativo devido a migrações de trabalhadores(as) rurais para áreas urbanas a procura de trabalho, essas pessoas nem sempre eram absorvidas nos campos de trabalho e aumentava na Inglaterra o número de miseráveis que ficavam perambulando nas ruas inglesas gerando diversos problemas sociais. Visando resolver esta situação, a Coroa Inglesa junto com o Parlamento Inglês formulou um projeto de lei que pudesse assistir essas pessoas. Esse projeto se transformou em preceito legal caracterizado como Lei dos Pobres em 1601.

Vale ressaltar que essa lei tem como base outra norma assistencialista de 1597, cujo sentido era nomear religiosos para serem espécies de “inspetores dos pobres”. A função desses inspetores era zelar pela instituição, tomar conta dos pobres, ensinar uma profissão e o ofício religioso. A ideia era manter o camponês e a camponesa pobre obediente e fiel ao sistema e manter a ordem nos asilos. Além disso, cuidar da alimentação e da saúde dos desprovidos sociais, bem como procurar trabalhos remunerados para os carentes que não tinham ocupações, viviam nas ruas perambulando causando danos sociais nas cidades inglesas (Pasinato, 2009).

Segundo Christophe (2009) essa realidade à época reproduz e explica a referência negativa a este tipo de instituição. A autora salienta ainda, que na França, desenvolveu-se o chamado “movimento hospitalar” que visava a hospitalidade e cuidados dos necessitados de maneira geral, tirando-os da rua, visando prioritariamente, manter à ordem social, sedentarizando o beneficiário. Surgem assim, os *Bureaux des Pauvres* (Escritórios dos pobres) as *Aumônes* (Esmolas) *Charités* (Instituições de caridade) e *Hôtel-Dieu* (Hotel), onde os miseráveis, e entre eles os(as) velhos(as), conseguiam encontrar abrigo e alimento, em condições mínimas. Não havia distinção entre mendigo, doente, louco e velho. Para Pollo e Assis (2008) a história dos hospitais se assemelha a de asilos de velhos, uma vez que em seu início ambos abrigavam idosos(as) em situação de pobreza e exclusão social.

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

Ainda conforme a autora, no Século XVIII, o sistema feudal terminara dando lugar ao Iluminismo, movimento baseado nos ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, no qual pregava maior liberdade econômica e política. A partir desses ideais, com o advento do método e da razão, as instituições de residência de caráter caritativo passaram a se especializar, dividindo os seus beneficiários entre crianças em orfanato, loucos em hospício e idosos em asilos.

NA CONTEMPORANEIDADE

A partir do Século XIX com a estruturação do sistema capitalista e com a revolução urbana e industrial, o êxodo rural se intensificou tornando as cidades ambientes em condições miseráveis para pessoas em situação de rua se abrigar. Dessa forma, as instituições caracterizadas como abrigos se multiplicaram para atender a população excluída pelo sistema, inclusive as pessoas idosas.

Nessa direção, foram criados, na Europa, asilos grandiosos visando abrigar os(as) idosos(as), que se constituíam numa parcela significativa da sociedade. Segundo Pollo e Assis (2008) o maior desses abrigos, à época, que se tem notícia é o Salpêtrière, o qual abrigava 8 mil doentes, dentre os abrigados, 2 a 3 mil eram idosos(as). Os cuidados eram divididos entre os residentes que se encontravam em melhores condições de saúde junto com as Freiras Franciscanas. Este pode ser considerado a primeira instituição geriátrica da França e do mundo. Segundo a literatura, um espaço que possibilitou coletar dados clínicos e sociais sobre as pessoas idosas.

As transformações econômicas, políticas, sociais e culturais que marcaram o Século XX como já mencionado, repercutiram na atenção à velhice. Em nível mundial, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais cresceu de forma mais rápida que em outras faixas etárias, devido a diminuição da fecundidade e ao aumento da expectativa de vida. Novos arranjos familiares surgiram, a família nuclear não é mais o único modelo vigente e o aumento das separações e recasamentos trouxe à tona a vulnerabilidade dos vínculos familiares e a questão dos cuidados com os(as) idosos(as). Tanto a longevidade, quanto o envelhecimento, são fenômenos que começaram a ganhar relevância política e social. Em consequência desse contexto, a institucionalização de idosos(as) vai ganhando espaço permanente na sociedade pós-moderna ou contemporânea, bem como, nas políticas públicas, sobretudo, nos países desenvolvidos, que passam a abordar aspectos importantes do processo de envelhecimento (Pollo; Assis, 2008).

Diante das evidências trazidas pelos estudos sobre o fenômeno do envelhecimento no mundo, especialmente nos países desenvolvidos, a preocupação com os cuidados dos(as) idosos(as) de forma digna tornou-se uma questão emergente. A institucionalização de idosos(as) como espaço de cuidados de longa permanência se consolida em várias modalidades, providas ora pelo Estado, através das políticas sociais da seguridade social específica de cada país, ora pelo mercado privado e, principalmente, pelas famílias.

A inclusão dos cuidados institucionais para idosos(as) no âmbito dos sistemas de seguridade Social: na América do Norte e Europa

O desenvolvimento dos sistemas de seguridade social no mundo levou a uma melhoria significativa das condições de vida de uma parcela expressiva da população, especialmente da pessoa idosa. Portanto, a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Em cada país a seguridade social atua de forma específica relacionado aos cuidados dos(as) idosos(as). Essa questão sobre o cuidar da pessoa idosa, na maioria dos países, principalmente os desenvolvidos, em estágios mais avançados do processo de envelhecimento, se defronta com a questão sobre qual a melhor forma de prover os cuidados de longa duração demandados pelos idosos com dificuldades ou limitações para a realização das atividades da vida diária, afirmam Pasinato e Kornis (2010).

Nessa direção, o desenvolvimento dos sistemas de seguridade social é provido pelos Estados, associados aos padrões de intervenção e cobertura distintos nas sociedades contemporâneas. Dessa forma, é necessário o entendimento sobre como a responsabilidade pela produção do bem-estar nas sociedades é alocada entre o Estado, o mercado e as famílias nos cuidados com a pessoa idosa (Carvalho, 2012).

Um estudo comparativo sobre os sistemas de Estado-providência relacionado na atuação da seguridade social aos cuidados institucionais da pessoa idosa, se deu através de três modelos de seguridade social proposto por Esping-Andersen em 1990, que são referências nos dias atuais, consiste nos modelos Liberal, Social-democrata e Conservador. Esses modelos procuram ressaltar adequação (ou não) à incorporação das novas demandas por cuidados, impostas pelo envelhecimento da população, adotadas pelos países, principalmente na América do Norte e na Europa (Pasinato; Kornis, 2010; Benevides, 2011; Carvalho, 2012).

Na perspectiva de Pasinato e Kornis (2010) a referida trilogia de modelos de atendimento as demandas de seguridade social é facilmente reconhecida nos discursos acadêmicos, a fim de identificar alternativas para as novas demandas sociais relacionadas ao envelhecimento.

Conforme Benevides (2011) os sistemas de seguridade social, compreendido nos países desenvolvidos como responsável pela produção do bem-estar social nas sociedades é alocada entre o Estado, o mercado e as famílias. É compreensível que a tipologia construída por Esping-Andersen (1990),

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

empiricamente, depara-se por situações diversas e contrárias, na medida em que Estados liberais, por exemplo, podem apresentar características conservadores ou social-democrata e vice-versa. Isso porque não há uma diferenciação rígida ou bem-definida, visto que a proposta do autor se baseia principalmente em um exercício teórico de comparação de modelos.

Conforme mostra o Quadro 1, as principais características dos três modelos ou regimes de bem-estar social propostos por Esping-Andersen (1990).

Quadro 1. Aspectos dos regimes de bem-estar social nos países desenvolvidos. Fonte: Elaboração da própria autora com base nos dados de Benevides (2011).

Regime	Liberal	Social-democrata	Conservador
Função dos Agentes			
Família	Residual	Residual	Central
Mercado	Central	Residual	Residual
Estado	Residual	Central	Subsidiário
Características			
Modo de solidariedade	Individual	Universal	Parentesco, corporativismo e clientelismo
Locus de solidariedade	Mercado	Estado	Família
Grau de desmercantilização	Mínimo	Máximo	Médio (baseado na família constituída pelo homem provedor e mulher cuidadora)
Grau de desfamiliarização	Mínimo	Máximo	Mínimo (a família é entendida como a principal instância de solidariedade social)
Exemplo			
	Estados Unidos	Dinamarca	Alemanha

MODELO DE SISTEMA LIBERAL (ANGLO-SAXÔNICO)

Os princípios liberais podem ser caracterizados em termos de políticas sociais residuais, responsabilidade financeira do beneficiário e peso do setor privado na provisão de bem-estar, segundo Benevides (2011). Além disso, o Estado subsidia esquemas de previdência privados para encorajar a atuação do mercado na provisão de bem-estar social.

Na convergência de apoio às soluções de mercado, esse regime favorece um mercado de trabalho desregulamentado sob a alegação que esse estimularia o crescimento do emprego, ainda que venha acompanhado de elevação da insegurança e desigualdade social. O Estado somente intervém quando o mercado se torna incapaz de prover determinados segmentos sociais e onde os canais considerados naturais de satisfação das necessidades, ou seja, o esforço individual, a família e o mercado, mostram-se insuficientes (Benevides, 2011).

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

Nesta concepção, conforme estudos (Pasinato; Kornis, 2010; Benevides, 2011; Carvalho, 2012), o mercado funciona como o espaço de distribuição, do que resulta a prevalência de esquemas privados e ocupacionais de seguro social. Na Europa, o Reino Unido, por exemplo, apresenta um universalismo mais residual, fazendo com que os mais pobres dependam do Estado e a população restante recorra ao mercado.

Nessa perspectiva, Benevides (2011), mostra que esse regime concebe os direitos sociais através da comprovação da condição de pobreza/indigência e, portanto, não estende plenamente os direitos de cidadania a todos(as), sendo caracterizado pela garantia de determinados níveis de renda e uma moderação dos benefícios, devido ao receio de os mesmos levarem a uma falta de incentivo ao trabalho.

Portanto, o modelo de sistema de seguridade social liberal é marcado pela participação incisiva do mercado e caracteriza-se pelas transferências universais básicas, pelas políticas assistenciais residuais e focalizadas. Em relação aos sistemas previdenciários há uma previsão mínima de reposição de renda, bem como no provimento dos cuidados com a pessoa idosa (Pasinato; Kornis, 2010).

Os países representativos desse sistema são os Estados Unidos, Canadá, Austrália, Japão, Irlanda, Reino Unido e Suíça. No que tange aos cuidados da pessoa idosa, cada país tem suas especificidades, mas todos são alocados no mercado privado como principal provedor do bem-estar social. O mercado, por sua vez oferece serviços de boa qualidade, mas ao mesmo tempo cobra muito caro por eles.

Um exemplo de representante do sistema de seguridade social liberal, capitaneado pelo Estado, aplicada a pessoa idosa é a dos Estados Unidos, que conta com uma população de aproximadamente 321,4 milhões de habitantes dos quais 14,88% têm 65 anos ou mais, e 3,5% têm 80 anos ou mais de idade (Census de 2015). A ideologia liberal reinante no sistema de proteção social norte-americano caracteriza-se pelo baixo provisionamento dos serviços sociais públicos, inclusive no que se refere aos cuidados de longa duração para idosos, cuja grande parte da demanda é provida pelo setor privado. Este último, efetivamente, oferece uma infinita gama de opções e modalidades de atendimento para população idosa (Pasinato; Kornis, 2010).

A atuação do Estado nos Estados Unidos na proteção social foi observada em 1965, quando o Estado criou os programas Medicare, voltado para as populações idosas, portadores de deficiência e doentes renais terminais e o Medicaid, segundo voltado para a população pobre em condição de maior vulnerabilidade – idosos, portadores de deficiência, mulheres grávidas e crianças dependentes. Ainda nesse mesmo ano, foi criado também o Estatuto do Idoso - Older Americans Act (OAA), com o objetivo principal de fornecer bem-estar social e econômico para a pessoa idosa. Nestes termos contemplou-se além de aposentadoria - adequada para o padrão norte-americano - melhores práticas nas áreas de saúde física e mental, habitações apropriadas - projetadas e localizadas de forma a atender às necessidades especiais dos(as) idosos(as) - oportunidades de emprego, promoção de atividades cívicas, culturais e recreativas, serviços comunitários eficientes, liberdade, independência e o livre exercício das iniciativas

individuais para o planejamento e gerenciamento da própria vida na velhice. No entanto, custo para atender todas as demandas necessárias aos(as) idosos(as), ultrapassou o estopo financeiro da OAA, assim, apenas uma pequena proporção dos(as) idosos(as) é usuária de serviços públicos, diretamente custeados pelo Estado (Pasinato; Kornis, 2010).

Estudo realizado por Wilmoth (2002), apresenta que nos EUA a percentagem de velhos(as) que vivem só, aumentou, enquanto, diminuiu a proporção daqueles(as) que moram com parentes. Ainda assim, apesar do maior risco de utilização de serviços, o ato de viver só é amplamente aceito como um fator positivo para o bem-estar do(a) idoso(a), porque lhe permite manter-se independente. Sendo assim, nos Estados Unidos, estudos interseccionais de arranjos de vida de idosos(as) têm mostrado que apenas 5% vivem em instituições a qualquer tempo da vida. Entre os(as) idosos(as) não institucionalizados, uma maioria (53%) vive com o cônjuge, 30% vivem sós, 14% com parentes e 3% com não-parentes.

Nos EUA e na Inglaterra, as instituições que atendem a idosos(as) dependentes de algum tipo de cuidado é denominada de *Nursing homes* ou *skilled nursing facilities* (Lar-enfermaria) e para o(a) idoso(a) independente é chamada de *Assisted living facilities* (Instituição de Vida Assistida), acordo com o *National Institute on Aging* (National Institute On Aging *apud* Pollo; Assis, 2008).

Conforme dados da *The AGS Foundation for Health in Aging*, desde 1994 tem aumentado o número de internações em *Nursing Homes* nos Estados Unidos e a maioria delas ocorreu após alta hospitalar. Segundo projeções, sem uma solução no tratamento de demências, o número de pessoas com 65 anos ou mais vivendo nesses espaços provavelmente dobrará em 2020. Nessa direção, estudos mostram que nos países desenvolvidos, os cuidados institucionalizados da pessoa idosa predominam entre idosos(as) com idades mais avançadas, com perdas funcionais e sérias demência. Conforme Born e Boechat (2006) os principais fatores que pesam para a institucionalização da pessoa idosa nos Estados Unidos são: idade, diagnóstico da saúde, limitação nas AVDs, estado civil, situação mental, morar sozinho, etnia, pobreza, ausência de suportes sociais.

Essa tendência é afirmada por Siegel (1993) citado por Wilmoth (2002), que a institucionalização de idosos(as) nos Estados Unidos nas últimas três décadas do Século XX e primeira década do Século XXI, aumentaram em idosos(as) acima de 85 anos com perdas funcionais sérias e com demência, enquanto com idades abaixo de 85 anos diminuíram.

Diante disso, as pesquisas revelam (Wilmoth, 2002; Born, 2002; Pasinato; Kornis, 2010), que a institucionalização tem um efeito negativo na saúde da pessoa idosa na percepção da população norte americana, a baixa procura por instituições de longa permanência é explicada pela perspectiva da família, as mesmas consideram que estas instituições levam os(as) idosos(as) a um processo de estresse. Apesar das normas culturais de independência e individualismo dos americanos, evidenciam-se também fortes normas a favor da provisão de cuidados pelos membros da família, sobretudo quando se trata de pai ou mãe, uma vez que a cultura americana defende que os pais sejam cuidados pela própria família, dessa

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

forma internar os pais numa instituição significa violar essas normas, principalmente quando se tratar de idosos(as) mais fragilizados. Há uma percepção de que o bem-estar do idoso tende a sofrer com a institucionalização.

MODELO DE SISTEMA SOCIAL DEMOCRÁTICO (NÓRDICO)

Diferentemente do modelo de seguridade social liberal instituído nos países Anglo Saxão, um outro modelo apontado por Esping-Andersen (1990) é o Social Democrático, este baseia-se num maior grau de desmercantilização, nos princípios de universalidade da cobertura e total desmercantilização dos direitos sociais. Nesse sistema, todos os(as) trabalhadores(as), por igual desfrutam dos mesmos direitos sociais, a estratificação social presente no mercado de trabalho não é transportada para o regime. Dessa forma, a equidade em padrões de bem-estar social é suficientemente elevada.

Revela Pasinato e Kornis (2010) “O modelo obscurece o papel do mercado ao forjar mecanismos de solidariedade universais, onde todos os participantes são ao mesmo tempo beneficiários e dependentes do sistema, construindo com isso uma obrigação coletiva para o funcionamento do regime”, dessa forma, o modelo emancipa o papel da família e valoriza o indivíduo. Diante disso, o sistema capitalista vigente tem seu papel e limitações definidos em algumas sociedades, que prezam pelo bem-estar social, integral e coletivo sendo o Estado responsável diretamente pelo provimento das políticas sociais. O ideal não é maximizar a dependência da família, mas capacitar a independência individual. Portanto, busca-se, ao máximo, “desfamiliarizar” as responsabilidades sobre o bem-estar pessoal, através de serviços públicos de ponta e de uma provisão privada de bem-estar apenas marginal. Portanto, o sistema foca na redução da dependência do indivíduo em relação ao mercado (Benevides, 2011).

Os países que adotam este modelo são localizados no Norte da Europa - Finlândia, Islândia, Noruega, Suécia e especialmente a Dinamarca. Na última década do Século XX, os países nórdicos passaram a dar mais ênfase nos gastos em serviços de cuidado (principalmente em creches e cuidados com idosos(as)) e nas políticas ativas de mercado de trabalho. Os serviços de creches de qualidade, além de permitir a ativação das mulheres no mercado de trabalho, tem um papel fundamental na redução da transmissão da desigualdade entre gerações e gênero. Os serviços sociais de proteção social são responsáveis por quase 20%, em média, do gasto público, frente a uma média de aproximadamente 5% para os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD). Assim, no Regime Social-Democrata, compete ao Estado a produção e a distribuição de serviços extramercado, em grande parte financiados por impostos gerais e dirigidos a todos os(as) cidadãos(ãs) (Kerstenetzky *apud* Benevides, 2011).

Ainda na Europa, dentre alguns países que adotaram este modelo, um exemplo é a Dinamarca - pioneira na universalização de proteção a pessoa idosa vulnerável desde 1891. Este país conta com aproximadamente 5,7 milhões de habitantes, dos quais aproximadamente 800 mil são idosos(as), com

expectativa de vida média de 80,5 anos, no qual, praticamente a totalidade da população dinamarquesa é alfabetizada, e 85% da população vive no meio urbano (um terço na capital, Copenhague) que constitui uma das sociedades menos desiguais do planeta (Pasinato; Kornis, 2010).

O sistema de seguridade social dinamarquês baseia-se na apreciação da cidadania plena, financiado por impostos gerais, sendo sua associação com o mercado de trabalho bastante tênue e secundária. Dessa forma, o sistema social – democrata, adotado na Dinamarca, faz com que todos(as) os(as) cidadãos(ãs) tenham, por exemplo, direito aos serviços de atenção à saúde e uma renda básica de assistência social ao completar 67 anos (para ambos os sexos).

Vale salientar ainda, que na Dinamarca, as políticas voltadas para os cuidados de longa duração dos(as) idosos(as), é reconhecido como “modelo” no mundo. Para se ter ideia, no que tange a relação Estado – Idoso(a), cabe ao Estado realizar a procura pela pessoa idosa em seus lares, e não o contrário. O sistema conta ainda com a realização das visitas domiciliares com profissionais qualificados, principalmente na área de enfermagem, que adotam cuidados comunitários que facilitam o atendimento dos(as) idosos(as) em seus próprios lares em detrimento da institucionalização, oferecendo um conjunto de serviços e benefícios especialmente desenhados para satisfazer as necessidades específicas de cada idoso(a) demandante de cuidados de longa duração (Pasinato; Kornis, 2010; Benevides, 2011).

Nessa direção, Kröger (2001) afirma que essa política é de inteira responsabilidade do Estado retirando da família a responsabilidade, mesmo que acessória, pelos cuidados de seus entes frágeis, contudo não tira da família a sua assessoria se assim desejar permanecer cuidando de seus entes frágeis, mas cujas despesas são de responsabilidade do governo.

Nesse contexto, os cuidados formais prestados pelas ILPIs, foram aos poucos substituídos por residências para idosos(as), devido ao caráter mais humanitário. Além disso, as residências contam com a assistência profissional de enfermagem e de serviços domésticos gerais, sendo os mesmos especialmente desenhados de forma a atenuar os aspectos de impessoalidade tradicionalmente associados às instituições hospitalares e asilos. Atualmente a proporção de idosos(as) institucionalizados(as) na Dinamarca é inferior a 10% (Doyle; Timonen *apud* Pasinato; Kornis, 2010).

MODELO DE SISTEMA CONSERVADOR (CONTINENTAL)

Diferentemente dos princípios liberais e social-democrata, os princípios conservadores atribuem à família o papel principal de garantia de bem-estar, caindo sobre o Estado um papel secundário de auxiliar quando a família e o mercado não o fazem. Esses princípios estão baseados no modelo de seguridade social conservador proposto por Esping-Andersen (1999).

Nesse regime, os indivíduos têm seus direitos sociais atendidos pelo Estado a partir de sua ocupação econômica, principalmente com as contribuições previdenciárias em transferências. Esse modelo é apoiado pelos mecanismos de seguro Estado-providência, no qual o Estado é plenamente capaz

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

de substituir o mercado enquanto provedor de bem-estar. Os países representativos desse modelo são basicamente os da Europa Continental a saber: Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Holanda, Luxemburgo, Itália, Espanha, Portugal (Pasinato; Kornis, 2010).

Nessa perspectiva, o papel do mercado privado é residual, principalmente, porque a seguridade social oferece extensos benefícios e uma cobertura ampla para a população empregada, principalmente aos funcionários públicos. Devido ao alto custo do emprego nesses países, os preços de serviços privados são demasiadamente elevados, sugerindo a cobertura ampla do Estado. Em relação ao sistema de saúde, parte significativa da atenção à saúde e outros serviços de cunho assistencial são desenvolvidos por setores com fins não-lucrativos da economia (Benevides, 2011).

Conforme Carvalho (2012), o regime conservador se caracteriza como corporativista, classista e redistributivo, os benefícios, como aposentadoria, por exemplo, são, em regras gerais, proporcionais à contribuição efetuada, não guardando relação imediata com as necessidades do beneficiário. Consequentemente, exclui da proteção social os grupos mais necessitados que são os que estão à margem do mercado formal de trabalho.

Nessa direção, parece não se observar uma pretensão de alteração na hierarquia de classes, mas, sim, sua reprodução, pois, observa-se uma forte proteção trabalhista combinada com enormes barreiras para a entrada no mercado de trabalho, isso favorece ainda mais abismos entre os privilegiados que se encontram no mercado de trabalho e os demais que estão fora.

Além disso, as políticas que ajudam a conciliar a maternidade e elevar a taxa de participação feminina no mercado de trabalho são relativamente pouco desenvolvidas, diferentemente do modelo de bem-estar social-democrata. Somando-se a isto, o regime conservador promove a divisão sexual do trabalho, discriminando as mulheres, tornando-as majoritariamente marginais no mercado de trabalho (Carvalho, 2012).

Um exemplo típico do modelo de seguridade social conservador é a Alemanha com população de aproximadamente 83 milhões de habitantes, consiste no país mais populoso da União Europeia e um dos mais envelhecidos também. Sua população idosa corresponde a aproximadamente 16% do total da população, o que equivale a um contingente de aproximadamente 13 milhões de idosos(as).

É predominante, o papel das políticas previdenciárias voltadas para a população idosa que constituem parte do amplo sistema de seguridade social alemão e se caracteriza por ter sido a primeira iniciativa institucional estatal em proteção ao trabalhador já empreendida no mundo. Além disso, estas são complementadas por políticas residuais de setores não lucrativos da economia, de forma voluntária e, em muitos casos, associados à Igreja, tais como a atuação da Caritas (ligada à Igreja Católica na Alemanha) (Pasinato; Kornis, 2010).

Em relação as políticas voltadas para os cuidados de longa duração de idosos(as) na Alemanha, historicamente até a década de 1990, eram executadas de forma pouco articulada por meio das áreas de

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

saúde e assistência social. À assistência social cabia o amparo aos(as) idosos(as) em condição de maior vulnerabilidade, sem condições de viver de forma autônoma e independente em seus próprios lares e além de não poderem contar com a possibilidade de cuidados familiares. Em relação aos serviços de saúde, por sua vez, responsabilizavam-se estritamente pelos cuidados de saúde, excluindo-se com isso os casos de dependência funcional. Para os(as) idosos(as) dependentes, os cuidados eram prestados principalmente pela família ou com a contratação de profissionais cuidadores. Na ausência dos cuidados familiares, bem como quando as condições financeira, física ou emocional são insuficientes, os demandantes de cuidados são assistidos por programas empreendidos pelas administrações locais, sujeitos a testes de pobreza, afirmam os estudos (Pasinato; Kornis, 2010; Benevides, 2011).

Em 1994 tendo em vista a demanda crescente de idosos(as) no país, foi incorporado no sistema de seguridade social alemão, um seguro voltado exclusivamente para os cuidados de longa duração de idosos(as) – Pflegeversicherung (SCLD). A clientela assistida era constituída prioritariamente por idosos(as) com idade mais avançada; 78% do total de beneficiários(as) tinha 65 anos ou mais de idade, sendo que aproximadamente a metade destes, tinha 80 anos ou mais. Perfil semelhante ao encontrado nos Estados Unidos, à época, o qual, aderiam idosos(as) com idades mais avançadas.

Os serviços voltados para atender as necessidades da pessoa idosa na Alemanha são categorizados de acordo com a demanda e limitações relacionada às ABVDs. Segundo Pasinato e Kornis (2010, p.56), estes serviços são classificadas como: BAIXO – atende aos idosos(as) que apresentam duas ou mais limitações funcionais para a execução das ABVDs requerendo assistência dos cuidadores pelo menos uma vez ao dia e também demandam ajuda para a execução das atividades instrumentais da vida diária; MÉDIO – para os(as) idosos(as) que apresentam duas ou mais limitações para a execução das ABVDs e demandam assistência pelo menos três vezes ao dia, além de ajuda para a execução das ABVDs; ALTO – atende aos(as) idosos(as) que apresentam duas ou mais limitações para a execução das ABVDs e demandam cuidados intensivos dia e noite.

Os cuidados podem ser prestados nos próprios domicílios dos indivíduos dependentes ou em instituições de longa permanência. Quando o apoio é prestado domiciliarmente os indivíduos podem optar por benefícios em dinheiro ou serviços, também sendo possível a combinação de ambos. No caso de idosos(as) 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, sendo os benefícios em dinheiro sempre correspondentes a valores inferiores ao serviço equivalente (aproximadamente a metade). O apoio para a realização das ABVDs é prestado apenas quando associado aos cuidados para a realização das atividades funcionais (vestir-se, banhar-se, alimentar-se etc.).

Outro país que apresenta o modelo de seguridade social conservador é a Espanha, com 47 milhões de habitantes aproximadamente. Neste país, nas últimas três décadas do Século XX, a população idosa duplicou vertiginosamente, chegando ao equivalente de 18%. Destes, 30% possuem 80

anos de idade ou mais. Decorrente das mudanças na demografia que aumentou consideravelmente a população idosa neste e em outros países da Europa, modificou-se os cuidados e proteção com a pessoa idosa, ampliando-se a prestação de serviços (Sanches, 2012).

Segundo este mesmo autor, nos anos 70, aprovou-se a nova Constituição Espanhola (1978), que trouxe generalizações do sistema de pensões, construção de residências de grande capacidade destinada para o cuidado de idosos(as) e para pessoas autônomas que sofriam de múltiplas carências socioeconômica, dependentes do sistema público. Essas residências se caracterizavam por instalações hoteleiras de qualidade, com o objetivo principal de promover o envelhecimento ativo-produtivo, com enfoques comunitaristas. Mais adiante, nos anos 90, houve a consolidação das abordagens comunitaristas que defendiam as vantagens de dar respostas as necessidades do(a) idoso(a) no local onde se produzem, por meio de serviços domiciliares e descentralizados em 17 Comunidades Autônomas.

No início do Século XXI foram criados serviços e programas que favorecem o envelhecimento ativo de idosos(as) que gozam de independência e autonomia. Dentre estes serviços e programas, foram reformados os antigos abrigos, que agora são espaços denominados de residências de acolhimento, que funcionam durante o dia e são dotadas de instalações de qualidade, adequadas as necessidades dos(as) seus(as) usuários(as) com serviços básicos de saúde, alimentação, salões de beleza, atenção social, jogos de cartas, bailes, informática dentre outras atividades. Esses serviços têm uma função social importante de prover o bem-estar da pessoa idosa, além disso, conta ainda com a colaboração universitária e da comunidade que voluntariamente se dispõe em participar ativamente das atividades (Sanches 2012).

Em relação aos serviços sociais de assistência à saúde para os(as) idosos(as), na Espanha, este consiste em uma rede de atendimento em domicílios, são os Centros dia e Teleassistencia, providos pela administração pública e a iniciativa privada com ou sem fins lucrativos. Os serviços domiciliários, chamados de Serviço de Ajuda em Domicílio (SAD) é realizado por setores públicos municipais que realizam limpeza e cuidados pessoais às pessoas em situação de dependência, usuários na maioria mulheres (66%) e idosos(as) acima de 80 anos (51%). Conforme Sanches (2012), esses serviços de limpeza e cuidados dos(as) idosos(as) são realizados por uma equipe multiprofissional que trabalha em média 18 horas semanais, complementados pelos profissionais que compõem o quadro das organizações voluntárias. Além desses serviços, existem aqueles de tele assistência, utilizadas majoritariamente por idosos(as) independentes que moram só, cujo objetivo é proporcionar segurança e tranquilidade. Nesse contexto, os Centros dia são serviços socioassistenciais em saúde e apoio familiar que oferece durante o dia atenção as necessidades pessoais básicas, terapêuticas e socioculturais de pessoas idosas afetadas por diferentes graus de dependência, promovendo sua autonomia e a permanência em seu ambiente habitual.

Em relação aos cuidados de longa duração, estes são realizados por instituições, de caráter privado, denominadas residências permanentes e/ou sistemas de alojamento. Com a demanda crescente por esse tipo de atendimento e as exigências dos(as) usuários(as) por qualidade e conforto, no sentido de

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

atender estas exigências, estas instituições adequaram suas instalações tecnológicas, arquitetônicas e materiais em geral às demandas dos(as) usuários(as). Nessa direção, essas residências são blocos de apartamentos com serviços comuns para idosos(as) independentes e com baixa dependência. A maioria é dotada de serviços socioassistenciais de saúde, amplas habitações-estúdios individuais decorados e mobiliados, com locais para guarda dos pertences de pessoas idosas, considerando suas preferências e com respeito a sua intimidade e direitos individuais, promovendo dessa forma, modos de vida rotineiros próximo a vida habitual em suas residências, com o lema “viver como em casa” (Sanches, 2012).

O aumento da expectativa de vida veio com o crescente quantitativo e qualitativo das situações de dependência de idosos(as), aliado a isso, a diminuição de cuidadores, aumento de pessoas que vivem sozinhas, problemas em relação a moradia e tamanho, diminuição das famílias e incorporação das mulheres no mercado de trabalho. Essas características comuns em toda a Europa se tornaram alarmantes e preocupantes na Espanha. Com base nesse cenário, os cuidados para com a pessoa idosa dependente tornaram-se desafiadores para os sistemas de proteção social no sentido de atuarem em consonância com as necessidades de cuidados requeridos. Dessa forma, em 2006 o Estado aprovou a “Lei da Dependência” que constitui um sistema de proteção universal, um novo direito de cidadania, que proporciona ao(a) idoso(a) melhorias significativas de atendimento domiciliares. São serviços e produtos que chegam até o(a) idoso(a) objetivando o seu bem-estar e evitando a institucionalização dos(as) mesmos(as) (Sanches, 2012).

Diante desse contexto, Santos et al. (2010) revelaram que na cidade de Barcelona há 5 residências de longa permanência para idosos em situação de risco social, de caráter privado, administradas pelo Instituto Catalão de Seguridade Social – Icass, que prestam serviços terapêuticos e sociais. O quadro de profissionais dessas instituições é constituído por médico e enfermeira, auxiliares de enfermagem, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, além de cozinheiras, copeiras e pessoal de limpeza.

Outro país que representa o modelo de seguridade social conservador é Portugal. Este país conta com uma população de aproximadamente 10,35 milhões de habitantes e o número de idosos(as) equivale a 20,9% da população total. Os indicadores de envelhecimento obtidos pela entidade PORDATA (2016) revelam que o índice de envelhecimento é de - 148,7 idosos por 100 jovens - em contrapartida no ano de 1961 esse índice era de 27,3, por conseguinte, os índices de situações de dependência de idosos e de longevidade são de 32,1 e 48,8, respectivamente. Esses dados evidenciam a tendência mundial de envelhecimento e longevidade populacional, em contrapartida com a redução da taxa de natalidade e por consequente a diminuição do tamanho das famílias.

No respectivo país, a proteção social é baseada no trabalho formal, na qual, a garantia de rendimento é feita por meio de transferências financeiras. Esse modelo gera um déficit nos serviços de cuidados a grupos em situação de vulnerabilidade, crianças, idosos e jovens que ficam à mercê do mercado

de trabalho, dessa forma, o Estado promove desigualdades na cobertura da proteção social (Carvalho, 2012).

Ainda conforme o autor, a principal política social de velhice portuguesa são as pensões. Esses benefícios sociais em forma de transferências financeiras inserem-se nos regimes contributivos ou não, a garantia de rendimentos é universal. Além das pensões, existem equipamentos e serviços sociais de apoio aos(as) idosos(as) - prestação de cuidados em lares, centros dia, centros de convívio, apoio domiciliar, descontos de medicamentos, isenção das taxas de moradia, redução dos custos com a saúde – são programas que contribuem para o bem-estar da pessoa idosa no país.

O Estado é o principal ator das políticas de proteção social, o mesmo regula e organiza as ações sociais demandantes de cuidados, mas cabe a família e ao mercado executarem essas ações. Segundo Carvalho (2012) embora o Estado seja o principal provedor das políticas sociais, observa-se baixo desenvolvimento dos serviços de apoio às famílias que cuidam de seus(as) idosos(as), sendo a mulher a cuidadora principal e o homem o auferidor de rendimentos, relações marcadas ainda pelo patriarcado.

É importante salientar que na Europa, os(as) profissionais cuidadores(as) de idosos(as), tanto os domiciliares quanto os que trabalham nas instituições de longa permanência, de acordo com a legislação, mesmo sem formação na área de saúde é necessário que tenham suas tarefas supervisionadas por enfermeiras com ensino superior na área. Isso exige que o quadro de pessoal qualificado para cuidar de idosos(as) aumente, no entanto, os(as) cuidadores(as) com pouca qualificação ainda são maioria no setor, e por vezes são imigrantes de países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil.

Nessa direção, Machado (2017) destaca que as mulheres em idade produtiva são as que mais deixam o Brasil para serem cuidadores(as) de idosos(as) nos países da Europa. Esse cenário tem levado ao crescimento do mercado de cuidado ao idoso, não apenas na Europa, mas, também em outros países, cujo público majoritariamente é do sexo feminino. O autor explana que,

O envelhecimento da população em países europeus produz uma migração voltada ao cuidado com os idosos. Há um sistema subterrâneo de cuidadores de idosos em geral muito maior que o sistema formal. Imigrantes mulheres são contratadas para exercer a função de cuidadoras, morando nas casas que as contratam, com salários muito mais baixos que os do mercado, exatamente por estarem em situação de não-documentação, potencializando as chances de exploração excessiva (Machado, 2017).

Segundo Carneiro (2017), nesse processo se sobressai a feminização da migração ligada ao contexto dos cuidados ao(a) idoso(a). Na Itália, por exemplo, em 60% das casas de repouso, principalmente na região da Lombardia, as trabalhadoras são de outros países, sobretudo do leste europeu e América do Sul. Contudo, essa condição não é vista como perspectiva de substituição do trabalho do imigrante pelo trabalho do profissional da própria nação. O que se revela, portanto, é que sem a força de trabalho do migrante, as casas de repouso fechariam.

A autora também destaca a precarização do trabalho dessas profissionais migrantes, relacionando a situação à própria lógica do sistema capitalista. O próprio Estado como provedor social, inserido no

sistema capitalista produz a ilegalidade. Ao mesmo tempo em que incentiva a circulação de imigrantes ilegais no país, dificulta o acesso ao trabalho formal dos(as) mesmos(as), dessa forma precariza o trabalho e garante a acumulação do capital. Na realidade, isso só beneficia os empresários, que não querem pagar tributos sobre o(a) trabalhador(a) que cuida de idosos(as). O imigrante ajuda a movimentar a economia tanto quanto o nacional e também contribui com impostos ao Estado, embora não o reconheça dessa forma.

Ressalta-se por fim que, principalmente, nos países desenvolvidos, sobretudo, da Europa, decorrente da grande demanda de idosos(as), novos modelos de cuidados estão sendo criados e moldando a realidade da sociedade. Dessa forma o governo vem oferecendo opções de serviços para manter o(a) idoso(a) na comunidade através de uma rede de serviços que prima pela qualidade, estas opções têm mudado o perfil da institucionalização da pessoa idosa (Born, 2006). A literatura mostra que os cuidados institucionais para a pessoa idosa em países desenvolvidos, na maioria, são de qualidade, ofertados por equipe multidisciplinar, profissionais capacitados e especializados, que detêm o conhecimento técnico científico sobre todos os aspectos relacionados ao cuidado e bem-estar da pessoa idosa.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil – Da caridade ao direito

AS INSTITUIÇÕES DE ATENDIMENTO AOS(AS) IDOSOS(AS) NO BRASIL COLÔNIA

Na América Latina, particularmente no Brasil, o atendimento ao(a) idoso(a) em instituições geriátricas ou de longa permanência, está associado às atividades filantrópicas, caritativas, de iniciativas religiosas. Conforme Alcântara (2004) e Araújo, Souza e Faro (2010), a história dos asilos para velhos(as) se assemelham com a dos hospitais, pois, ambos tinham a finalidade de abrigar idosos(as) em situação de pobreza e exclusão social.

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

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

AS INSTITUIÇÕES DE ATENDIMENTO AOS(AS) IDOSOS(AS) NO BRASIL IMPÉRIO

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

Nas primeiras décadas do Século XIX, os cuidados de mendigos, inválidos, crianças ociosas nas ruas e idosos(as) eram de caráter assistencialista, encontravam-se ligados ao cenário cotidiano e religioso das cidades onde pertenciam, e eram reconhecidos(as) e tolerados(as) socialmente pela população, sendo

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

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

Mas, a partir da metade do Século XIX,

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

Nesse panorama, Groisman (1999a) traz, que o Estado e a medicina social passam a controlar a população pobre, indesejada na sociedade, através de asilos e instituições. A partir de 1850, a investida sobre a população de rua se acentua.

Também no Rio de Janeiro, em 1852, foi inaugurado o primeiro hospital destinado ao tratamento de alienados no Brasil, denominado Hospício de Pedro II, que inicialmente foi construído com a capacidade para trezentos pacientes de ambos os sexos. O espaço foi originalmente planejado para os cuidados e a cura dos doentes mentais, incluindo idosos(as) que percorriam as ruas do Rio de Janeiro, considerados(as) um perigo para o convívio com pessoas sãs no mesmo ambiente (Rey, 2012).

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

No Rio de Janeiro, em 1854, fundava-se o Asilo de Mendicidade, que se destinava à acolher todos os mendigos encontrados na rua, adros de Igrejas, praças, remetendo-se, no dia seguinte, os doentes à Santa Casa da Misericórdia. O asilo, tinha capacidade para 70 mendigos, que atendia ambos os sexos. Dentre esses mendigos, encontravam também os(as) idosos(as). Nesse cenário, os mendigos deixariam de inspirar piedade e a filantropia passaria a criticar a caridade.

Conforme Groisman (1999a), devido a superlotação e instalações inadequadas, o Asilo de Mendicidade se mostrou insuficiente a demanda de idosos. Logo, percebeu-se a necessidade de aumentar

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

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

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

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

AS INSTITUIÇÕES DE ATENDIMENTO AOS(AS) IDOSOS(AS) NO BRASIL REPÚBLICA

No fim do Século XIX, em 1890, foi inaugurada, a primeira instituição específica ao abrigo para idosos(as), localizada na cidade do Rio de Janeiro, denominada de Fundação do Asilo São Luiz para Velhice Desamparada, a partir desta se dá o surgimento da visibilidade à velhice. A instituição era um mundo à parte e ingressar nela significava romper laços com a família e a sociedade, e por consequente viver isoladamente da sociedade (Araújo et al., 2003).

Segundo, Christophe e Camarano (2010), esta instituição trabalhava para que os(as) idosos(as) fossem identificados(as) como uma população com características específicas, procurando torná-la visível e fazer dela um alvo das preocupações sociais. Tinha como objetivo atender velhos(as) pobres, dentro da ótica filantrópico-assistencialista do século XIX.

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

A procura dos(as) idosos(as) foi tanta, que em três décadas ampliou enormemente sua capacidade, inicialmente de 45 leitos, em 1892, para 260 leitos, em 1925. Logo, passou a receber subvenções públicas e a contar com o apoio de uma ordem da Igreja que cedia irmãs para cuidarem dos(as) asilados(as). A partir de 1909, passou a manter uma ala que se destinava àqueles que podiam pagar uma mensalidade.

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

Hoje, em pleno Século XXI, ainda em funcionamento, é considerado como uma das instituições para idosos(as) que atende uma clientela que possui alta renda.

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

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

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

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

Nesse processo de transição, os(as) velhos(as), passaram a compor uma categoria normatizada e definida e nessa direção os asilos para idosos(as) começam a ganhar espaço permanente nas capitais brasileiras, deixando de desempenhar um papel apenas de caridade, ajuda e amparo aos mais necessitados, passando a se constituir uma fonte de arrecadação de renda e nas décadas seguintes um negócio lucrativo por meio da iniciativa privada com e sem fins lucrativos.

A VELHICE INSTITUCIONALIZADA DO SÉCULO XX

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

A preocupação da sociedade brasileira com o processo de envelhecimento se deve, sem dúvida, ao fato dos(as) idosos(as) corresponderem a uma parcela da população cada vez mais representativa, do

ponto de vista quantitativo. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006) em quase meados do Século XX (1940) os(as) idosos(as) representavam 2,4% da população total, 60 anos após, ou seja, no final do Século XX, esse número passa para 4,8%.

Segundo Lima (2011), nos países em desenvolvimento, inclusive o Brasil, o aumento da expectativa de vida ocorreu décadas mais tarde, em meados dos anos 60, evidenciado, sobretudo, devido aos avanços tecnológicos na área da saúde, em consequência da realização em larga escala de campanhas de imunização, o uso de antibióticos e quimioterápicos que tornaram possível a prevenção e cura de muitas doenças. Aliado a estes fatores a queda da taxa de fecundidade iniciada nessa década, que permitiu a ocorrência de uma grande explosão demográfica de idosos(as).

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

Conforme Novaes (2003), a partir da metade do Século XX, as instituições de atendimento ao(a) idoso(a) além de continuar com a mesma função caritativa, de ajuda e amparo aos mais necessitados, tornam-se uma fonte de arrecadação de renda, caracterizando um novo modelo de assistência social para este segmento no Brasil. Nesse novo modelo, os serviços prestados aos(as) idosos(as) em instituição de longa permanência, antes, gratuito passam a ser pagos, nas mesmas instituições que antes não cobravam.

Essa mudança configura-se um marco relacionado ao novo papel que a institucionalização para idosos(as) passa a ter no que diz respeito ao tipo de clientela. Com o pagamento, não apenas os(as) idosos(as) carentes passam a ser atendidos(as) por estas instituições, mas, também todos(as) que necessitassem e que tivessem condições de pagar. Segundo Lima (2011) para a clientela que tem condições de pagar existe um atendimento diferenciado, inclusive, quartos particulares com mais conforto e segurança. Conforme Fabrício (2015) a partir desse contexto, as instituições filantrópicas ganham espaço permanente, sendo os asilos paulatinamente substituídos por instituições comerciais, nesse processo, a institucionalização do(a) idoso(a) transforma-se em negócio lucrativo.

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

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

lucro, esta lógica, trouxe nomes e representações sociais positivas para velhice, a exemplos da “velhice ativa” e “Terceira Idade”, e de “velhos” para “idosos”.

Nessa direção, a partir da década de 1940, a preocupação com o bem-estar da pessoa idosa e com o envelhecimento saudável, passou a ser preocupação também dos teóricos, principalmente da Escola de Chicago. Para estes teóricos, envelhecer bem significa estar satisfeito com o *status* atual da vida e ter planos para o futuro, afirmam Chachamovich, Trentini e Fleck (2011).

A partir dessa percepção, na década de 60, a satisfação do(a) idoso(a) veio a ser a dimensão mais estudada na velhice. No Brasil, até os anos 80 a velhice era um assunto de pouca relevância para a sociedade, só a partir dos anos 90, com a divulgação desses estudos, abriu-se espaço para falar sobre o bem-estar da pessoa idosa, evidenciando-se um,

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

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

Nesse processo, a partir das últimas décadas do Século XX, o número de instituições destinadas ao asilamento de idosos(as) no Brasil começou a crescer, ao mesmo tempo em que foi sendo criada uma estrutura legal para regular suas atividades. Esse crescimento ocorreu ao mesmo tempo em que aumenta expectativa de vida e diminuiu a disponibilidade de recursos financeiros e humanos familiares para cuidar dos(as) idosos(as) principalmente da mão de obra feminina culturalmente naturalizada como cuidadora de idosos(as)

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

Nessa perspectiva, Lima (2011) traz que em função das inúmeras denúncias acerca das deficiências e precarização das instituições de atendimento a idosos(as), em 1976 o Governo Federal elabora o primeiro documento contendo algumas diretrizes para uma política social voltada para a

população idosa, editada pelo Ministério da Previdência Social - MPAS. O referido documento foi fundamentado nos resultados obtidos em três seminários regionais realizados em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza, além de um em âmbito nacional que objetivou identificar as condições de vida dos(as) idosos(as) no país e das instituições de apoio assistencial para atender suas demandas e necessidades.

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

A partir dessa nova configuração institucional, os anos 90 trouxeram impactos positivos à população em geral e, em particular, a pessoa idosa. Este segmento foi especialmente beneficiado por políticas de acesso a uma renda mínima, tanto às aposentadorias e pensões por morte (benefícios contributivos), quanto aos benefícios de assistência social a idosos(as) carentes (não contributivos). Segundo estudos (Born, 2005; Christophe, 2009; Lima, 2011), o caráter social e assistencial da Constituição Federal de 1988 abriu caminho para a efetivação de avanços na assistência social do(a) idoso(a) e de outros seguimentos no Brasil, sobretudo, nos termos da lei.

Ao longo da década de 90, novos marcos legais foram instituídos, a exemplo da Lei Orgânica de Assistência Social (Loas), em 1993, da Política Nacional do Idoso (PNI), em 1994. Mas, em contrapartida essas leis não se aplicam efetivamente nas políticas de cuidado com a pessoa idosa.

Camarano (2010) revela que,

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

Na verdade, a legislação brasileira integra a pessoa idosa em seus lares, sendo o papel do Estado falho em cumprir a legislação de conceder ao idoso(a) moradias e cuidados dignos.

INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS(AS) NO SÉCULO XXI

No início do Século XXI, mais especificamente, em 2003, após seis anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Federal nº 10.741 que instituiu o Estatuto do Idoso, regulamenta os direitos da população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos, caracterizado como idoso(a). Esta lei compilou em uma única e ampla peça legal muitas leis e incorporou novos elementos e enfoques voltados para este segmento, dando um tratamento integral. Entre os novos elementos se encontram os

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

estabelecimentos que visam proporcionar o bem-estar dos(as) idosos(as) brasileiros(as), compreendidos como Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs (Lima, 2011).

A referida lei se constitui como marco legal a normatizar o funcionamento das ILPIs. O artigo 49º determina que as Instituições de Longa Permanência para Idosos executem programas que preservem os vínculos familiares, a identidade do(a) idoso(a) e propiciem um ambiente seguro, digno, com atendimento personalizado e em pequenos grupos, visando uma permanência sem traumas na instituição.

Para Camarano (2010), as ILPIs a que se refere à lei se caracteriza como um espaço de atendimento de cuidado formal ao(a) idoso(a). A demanda crescente por esse tipo de cuidado formal, permanente e integralizado é cada vez maior, isso configura que o cuidado familiar está se tornando um recurso cada vez mais escasso em quase todo o mundo. O aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, o declínio da fecundidade, as mudanças nos padrões de nupcialidade, os movimentos migratórios, entre outros fatores, estão aumentando a demanda por modelos alternativos de cuidado dos(as) idosos(as). Isso está requerendo uma nova divisão de trabalho entre o Estado, a família e o mercado privado para a provisão de cuidados para esse grupo populacional.

A modalidade de residência em ILPIs não é uma prática comum nos países do hemisfério sul. Neles, essas instituições têm sido vistas com resistência e preconceito, tradicionalmente como “depósito de velhos”, como lugar de exclusão, dominação e isolamento ou, simplesmente, “um lugar para morrer” (Novaes, 2003).

Prevalece também a percepção de que a residência em uma ILPI significa ruptura de laços com familiares e amigos. Em geral, acaba-se atribuindo à instituição a responsabilidade por situações de abandono que, de fato, já prevaleciam antes do(a) idoso(a) chegar a ela, além disso, frequentemente se chama atenção ao fato de não constituir novos laços de amizade, resultando no isolamento dos(as) idosos(as) (Camarano; Scharfstein, 2010).

No hemisfério Norte, em países desenvolvidos, especificamente nos Estados Unidos, Duarte et al. (2003) mostram que as ILPIs fazem parte da cultura local e são organizadas por diferentes níveis de complexidade assistencial. Ademais, a proporção de idosos(as) residentes é alta entre aqueles com elevados níveis de incapacidade. De 1,4 milhão de indivíduos com 65 anos ou mais residentes nesse país, dependentes de cinco a sete AVDs, 59% viviam em Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Nessa direção, observa-se que a institucionalização de idosos(as) tende a crescer com o envelhecimento populacional, mas, ainda existem grandes diferenças entre países, estados e regiões em todo o mundo. As distinções estão relacionadas com a cultura de cada povo, situação socioeconômica e demográfica desse segmento, do caráter das políticas sociais voltadas para as pessoas idosas, além da oferta de ILPIs, sejam de caráter público ou privado, que prestem serviços de qualidade que atendam as demandas físicas, psicológicas e sociais dos(as) idosos(as). Contudo, não se pode deixar de ressaltar que a institucionalização do(a) idoso(a) é, portanto, uma demanda social que tem sido cada vez mais

reivindicada pelas pessoas idosas no meio urbano e rural que precisa ser reconhecida e atendida em função do aumento crescente dessa população.

Segundo Born e Boechat (2006) no recenseamento brasileiro feito em 2000, 113 mil idosos(as) moravam em domicílios coletivos. Desse total, estimou-se em 107 mil o número de idosos residentes em ILPIs, o que significa 0,8% da população idosa, os estados com a maior proporção de idosos(as) em ILPIs são Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Goiás. Após nove anos esse número de idosos(as) institucionalizados aumentou para 1%, resultado de uma pesquisa realizada em todo território brasileiro entre 2007 e 2009, por Camarano e Kanso.

Em relação a idade, sexo e saúde da clientela de ILPIs, quase a metade das pessoas que vive nessas instituições tem 85 anos ou mais, a maioria são mulheres (72%) e com um grupo pequeno de familiares e amigos para dar suporte. Em torno de 50 a 70% têm demência, 25% dos residentes necessitam de ajuda para 1 ou 2 ABVDs e 75% para 3 ou mais (Brito; Ramos, 2006).

Estudos mais recentes, realizados pelo IPEA - Camarano e Kanso (2010) sobre o caráter, quantidade e regiões das ILPIs brasileiras entre 2006 e 2010, localizou 3.548 instituições no território brasileiro, distribuídas em aproximadamente 29% dos municípios. A grande maioria (65,2%) é filantrópica, incluindo as religiosas e leigas, a proporção desse caráter de instituição filantrópica compreende um número bastante elevado, 81,4% no Nordeste. Já as de caráter privado constituem 28,2% e as de caráter público ou misto totalizam 218 instituições (6,6%), enquanto as religiosas vicentinas constituem 700. A pesquisa evidenciou ainda que a maioria das ILPIs funciona de forma ilegal e com inadequações na infraestrutura material e humana.

No Nordeste, a proporção de instituições filantrópicas é ainda mais elevada, 81,4%. A região Norte apresenta a maior proporção de instituições públicas, 34,7% do total da região. A região Sul conta com a maior proporção de instituições privadas, 41,2%, embora nesta região também predominem as instituições filantrópicas. Verifica-se também que muitas ILPIs funcionam de forma ilegal.

No entanto, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2005) independentemente de ser instituições públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, governamentais ou não governamentais, estas devem garantir infraestrutura física, material e humana, bem como funcionar de forma adequada tendo em vista propiciar condições de saúde e bem-estar social a essa população, em condições de liberdade, dignidade e cidadania.

Estudos têm mostrado (Cerqueira, 2003; Creutzberg, 2007; Souza, 2008; Fabrício et al., 2013; entre outros) que o processo de institucionalização no Brasil, especialmente quando o foco são instituições para assistência ao(a) idoso(a) de baixa renda, pobre ou miserável, é considerado um problema crônico. Apesar da Constituição Federal e outros documentos formais ressaltarem que é dever não apenas do Estado, mas, também da sociedade assegurar equipamento e serviços coletivo em quantidade e qualidade no sentido de atender as demandas dos(as) idosos(as), estudos evidenciam que além da baixa

oferta, a qualidade da prestação de serviços provida pelo Estado e pelas instituições particulares sem fins lucrativos o atendimento é não desejável, o problema em relação a essa questão é muito séria e envolve muitos fatores que precisam ser melhor estudados. Considerando a estimativa de crescimento dessa população, conforme mostram os estudos, a institucionalização tem sido uma alternativa recorrente, principalmente, por parte das famílias pobres tendo em vista evitar o abandono dos seus idosos, essa questão é um problema extremamente preocupante. Esta situação tem exposto uma parcela significativa de idosos(as) a um cotidiano apático, depressivo e insalubre e que não propicia por sua vez, a manutenção ou melhoria de sua qualidade de vida e conseqüentemente o bem-estar físico e social dos(as) envolvidos(as).

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

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

Nessa direção, artigo 3º da portaria interministerial determinou a elaboração de protocolos para capacitação de diferentes modalidades de cuidadores(as): familiar (formal e informal) e institucional. Um ambiente (recursos físicos e pessoais) responsivo e adequado ao desempenho funcional e competência comportamental dos(as) idosos(as) os tornam adaptados(as), contribuindo assim para o seu bem-estar.

O que se constata é que apesar do avanço na legislação, independente do seu caráter, os estudos têm apresentado a precarização dessas instituições, não apenas no que concerne a infraestrutura física, material em função, sobretudo da falta de profissionais qualificados(as) preparados(as) para o exercício de suas funções. Os resultados dessa falta contribuem para o alto índice de idosos(as) mal cuidados(as) e abandonados(as) nesses locais, cujo efeito é a baixa qualidade do atendimento e dos serviços prestados.

Vários estudos têm revelado que as pessoas idosas que vivem em ILPIs têm poucas oportunidades para participar de atividades recreativas ou de lazer, contribuindo para seu isolamento social (Ribeiro; Schutz, 2007; Ferreira, 2009). Na realidade o que se constata é a superposição de ações, entidades e órgãos, além de recursos humanos sem qualificação profissional e recursos financeiros limitados, oriundos da contribuição da população ou do estado caracterizando ações pontuais, fragmentadas que acabam não atendendo as demandas dos usuários (Alencar et al., 2010). Pesquisa realizada por Brum et al. (2005) intitulada “O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso”,

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

realizado no Rio de Janeiro, evidenciou que 65,24% dos(as) candidatos(as) que se dispunham a atuar como cuidadores(as) domiciliares de idosos(as) dependentes, a partir de anúncios de classificados de empregos, em três jornais de grande circulação no país, não possuíam qualquer tipo de capacitação profissional.

Estudo realizado por Ribeiro e colaboradores em 2008 em ILPIs localizadas em Belo Horizonte, constatou que a maioria dos(as) profissionais cuidadores(as) apresentam apenas 4 anos de estudo (58%). Além disso, o estudo traz que a escolaridade dos(as) cuidadores(as) de instituições filantrópicas apresentam menor tempo de estudo (60,2%), em comparação com os(as) cuidadores(as) de ILPIs privadas (20,5%). Os autores(as) evidenciam ainda que os(as) cuidadores(as) com menor formação podem restringir a autonomia de idosos(as) dependentes para as ABVD. Diante dessas evidências, os(as) autores(as) recomendam sobre a importância da qualificação dos(as) cuidadores(as) para a qualidade de vida dos(as) idosos(as). Salientam a importância de uma atuação intersetorial (Ministério da Saúde, da Previdência Social e outros) no sentido de promover e fiscalizar a aplicação das políticas públicas direcionadas à capacitação destes(as) profissionais, com maior ênfase para as instituições filantrópicas. A falta de qualificação destes(as) profissionais os(as) levam muitas vezes a práticas equivocadas em função de estereótipos associados ao envelhecimento.

Diante dessas evidências e da constatação da carência de pesquisas e estudos em Pernambuco, particularmente em Recife que tratem dessa questão, na ordem da construção do problema que fundamenta esse estudo, interessa compreender o perfil socioeconômico demográfico, formação e experiência profissional dos(as) trabalhadores(as) de nível operacional de ILPIs da Cidade e da Região Metropolitana de Recife - PE e suas concepções acerca da ILPI.

CAPÍTULO 4

Metodologia

Este capítulo apresenta o percurso metodológico do presente estudo, destacando a caracterização do Estágio Supervisionado Obrigatório – ESO, abordagem, tipologia do estudo e o método de coleta de dados e análise dos resultados.

DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO – ESO

Como elemento obrigatório da matriz curricular do referido curso de Bacharelado em Economia Doméstica - UFRPE, o ESO, segundo a Resolução Nº 678/ 208 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão - UFRPE, constitui-se o ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho de estudantes que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior.

Partindo desse pressuposto, o ESO se constituiu uma oportunidade de integrar a estagiária à vida profissional, à medida que propiciou situações profissionais reais para aplicação do conhecimento teórico metodológico adquirido no curso de Economia Doméstica - UFRPE, bem como aprimoramento e complementação dos conhecimentos como elemento constitutivo do movimento permanente de ação-reflexão, teoria-prática, tendo como referência básica a realidade social concreta. Ademais, funcionou como atividade catalisadora que resultou na integração entre o ensino e a pesquisa no processo interdisciplinar teoria – prática tendo vista consolidar a formação da autora deste estudo.

A partir desse contexto, o ESO foi desenvolvido no campo da pesquisa, por meio do Programa de Iniciação Científica – PIC/CNPq/UFRPE no período de 01 de agosto de 2014 a 31 de julho de 2015 e se constituiu como componente obrigatório da matriz curricular do curso, com supervisão obrigatória.

Embora a carga horária prevista no Projeto Político Pedagógico – PPP do curso de Bacharelado em Economia Doméstica – UFRPE estabeleça 360 horas para carga horária do ESO, em função do período do desenvolvimento da referida pesquisa, a carga horária vivenciada pela estudante autora desse estudo ultrapassou a estabelecida, integrando as etapas de planejamento, organização do estágio e prática profissional orientada. A fase de planejamento e organização do estágio, compreendeu 90 horas, tendo posto as atividades em sala de aula, orientação teórico-metodológico, execução, avaliação do plano de estágio, e por fim, entrega e apresentação da monografia, totalizando 360 horas.

ABORDAGEM, OBJETIVO E TIPOLOGIA DO ESTUDO

Abordagem

Tendo em vista a natureza do objeto de estudo, nesta pesquisa adotou-se a abordagem quanti-quali. Segundo Minayo e Sanches (1993), a relação entre pesquisas quantitativa e qualitativa, não pode ser pensada de forma isolada, em oposição contraditória, o que se espera é que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais concretos e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa. Nesse sentido, nenhuma das duas abordagens é boa isoladamente, tendo em vista ser suficiente para a compreensão completa da realidade. Além disso, a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem as relações, aos processos e aos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Objetivos – natureza da pesquisa

O estudo configura-se como de natureza descritiva e explicativa. Optou-se por esse tipo de estudo considerando que, segundo Gil (2007), a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, e ainda, estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental etc. Enquanto, a pesquisa explicativa preocupa-se em identificar os fatores que o determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos, posto que a identificação de fatores que determinam um fenômeno exige que este esteja suficientemente descrito e detalhado qualitativamente.

Tipologia do estudo

Trata-se de um estudo de caso. A opção por esse tipo de estudo justifica-se por ser um método de investigação que propiciou pesquisar o fenômeno estudado dentro do seu contexto real, na contemporaneidade, particularmente considerando que o fenômeno não se encontra ainda devidamente esclarecido, possibilitando apreender a realidade a ser pesquisada dentro do contexto amplo em que se acha situado (Yin, 2001).

Segundo alguns pesquisadores (Yin, 2001; Chizzotti,1995) o estudo de caso é um método de investigação, através do qual o interesse do(a) pesquisador(a) está voltado à compreensão dos processos sociais que ocorrem num determinado contexto, na perspectiva de compreender uma situação em profundidade, enfatizando seu significado para os vários envolvidos com a situação. Nesse sentido, o estudo de caso constitui uma descrição (holística e intensiva) de um fenômeno social bem delimitado (um programa, uma instituição, uma pessoa, um grupo de pessoas, um processo social ou unidade social). Nessa direção, o estudo de caso propiciou a compreensão e a descoberta de novos significados acerca do

fenômeno estudado, principalmente quando se associou ao método das representações sociais. Fonseca (2002), explana ainda que:

Um estudo de caso pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa, ou uma unidade social. Visa conhecer em profundidade o como e o porquê de uma determinada situação que se supõe ser única em muitos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico. O pesquisador não pretende intervir sobre o objeto a ser estudado, mas revelá-lo tal como ele o percebe. O estudo de caso pode decorrer de acordo com uma perspectiva interpretativa, que procura compreender como é o mundo do ponto de vista dos participantes, ou uma perspectiva pragmática, que visa simplesmente apresentar uma perspectiva global, tanto quanto possível completa e coerente, do objeto de estudo do ponto de vista do investigado.

Além disso, o estudo de caso propiciou a utilização de métodos e técnicas diversificadas (documentos, artefatos, entrevistas, observações, relatos, avaliações) de modo a explorar o potencial descritivo e explicativo do fenômeno pesquisado, a partir dos significados atribuídos pelos sujeitos às categorias teóricas analisadas. Permitiu ainda a utilização de técnicas diversificadas e recurso a diferentes fontes de evidências, propiciando um retrato abrangente e detalhado do fenômeno estudado, favorecendo a organização de um estudo ordenado e crítico do fenômeno estudado, conforme orienta Chizzotti (1995).

Universo e Amostra

A escolha das instituições pesquisadas foi baseada no cadastro destas instituições junto aos órgãos de representação dos(as) idosos(as) como o Conselho Nacional do Idoso, Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa do Recife, o Conselho Estadual dos Direitos do Idoso de Pernambuco e a Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos do Idoso de Pernambuco.

Conforme registro do Conselho Estadual dos Direitos do Idoso (CEDI, 2008), o Estado de Pernambuco possui um total de 220 ILPIs de atendimento ao(a) idoso(a), das quais 30 encontram-se na Cidade de Recife e 26 na RMR. Do total de instituições localizados na Cidade de Recife e RMR, privilegiou-se 14, das quais 08 estão localizadas na Cidade de Recife e 06 na RMR (Camaragibe, São Lourenço, Paulista, Jaboatão dos Guararapes). Ressalta-se ainda que foi amostrado 25% da população (ILPIs da Cidade de Recife e RMR).

A escolha destas instituições deve-se a representatividade no universo pesquisado, ao fato de serem as mesmas de caráter privado sem e com fins lucrativos, classificadas como de pequeno, médio e grande porte, e por reunirem em seus quadros de pessoal categoria de profissionais diversificadas que gerenciam e operacionalizam o processo de produção de bens (produtos) e de serviços de cuidados prestados aos(as) idosos(as).

Selecionou-se de cada ILPI mais de cinco profissionais de nível operacional referente a cada uma das diferentes categorias (cuidadores(as); cozinheiro(a); auxiliar de cozinha; serviços gerais; seguranças; almoxarife; auxiliar de enfermagem; auxiliar de lavanderia; porteiro; vigilante; *office boy*) diretamente

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idosos: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

envolvidas com os cuidados de higiene, nutrição, saúde, segurança e com as atividades socioculturais totalizando 80 profissionais entrevistados(as).

Instrumento de pesquisa

Para coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada, subsidiada por um roteiro contendo questões abertas e fechadas versando sobre os aspectos específicos a serem investigados. As entrevistas foram realizadas *in loco*, individualmente, em ambiente destinado a este fim. O formulário de entrevista contém quatro blocos, a saber:

- Bloco I – Dados de identificação do(a) entrevistado(a);
- Bloco II – Caracterização socioeconômica e demográfica;
- Bloco III – Formação e experiência profissional;
- Bloco IV – Concepção acerca da ILPI.

A partir das entrevistas, as informações apreendidas das falas dos(as) participantes da pesquisa, foram organizadas respeitando a ordem dos blocos de análises. Em seguida as respostas foram tabuladas e após criadas categorias de análises que se encontram representadas nas tabelas.

Método de análise dos dados

A fim de compreender as interpretações, ideias, visões e concepções que os(as) profissionais possuem acerca das ILPIs, insere-se neste estudo o conceito das representações sociais, utilizada em várias áreas do conhecimento à luz da teoria que tem como figura central Serge Moscovici (2003). O referido teórico defende as representações sociais, como sendo uma das formas de compreensão da realidade, do mundo concreto, permitindo encontrar elementos do discurso social trazido pelos sujeitos sociais.

Nesse sentido, o estudo buscou analisar as representações sociais dos sujeitos envolvidos na pesquisa, a partir de suas práticas sociais enquanto trabalhadores(as) de nível operacional de Instituições de Longa Permanência para Idosos. A partir das entrevistas, as informações apreendidas nas falas dos(as) participantes foram tabuladas e após tabulação, foram criadas categorias de análises, organizando as ideias de modo semelhante sobre a concepção acerca da instituição, sua função, importância e clientela.

Os diferentes discursos dos(as) profissionais permitiram conhecer, ainda que pela moldura das representações sociais o que a prática do serviço lhes permitiu vivenciar. Essa diversidade de discursos e percepções sobre algo, sobre o mesmo fenômeno, torna-se o ponto de partida para as representações sociais que busca descobrir como os(as) trabalhadores(as) das ILPIs percebem o local onde trabalham, segundo a perspectivas das representações sociais, como orienta Moscovici (2015).

Análise e Tratamento dos Dados

Buscou-se também os dados secundários acerca do fenômeno, tendo em vista as análises qualitativas e quantitativas que foram consideradas em especial os indicadores sociais do IBGE, IPEA, assim como o banco de teses da CAPES, considerando o inicial de referência para consulta o ano de 1988, por ser este o ano da promulgação da Constituição Federal do Brasil que coloca a família e o Estado como responsáveis pela integridade do(a) idoso(a), determinação essa que incentivou a formulação da Política Nacional do Idoso em 1994, a criação do Estatuto do Idoso em 2000, a Política Nacional de Assistência Social em 2004 e em 2006 a Política Nacional de Saúde do Idoso até o ano de 2016.

Os dados identificados foram apresentados e analisados considerando em especial os diferentes estudos de casos desenvolvidos no Brasil e em outros países do mundo, dando especial atenção aos aspectos relacionados por estes estudos como essenciais para a compreensão mais macro do processo de organização e funcionamento das organizações de atendimento e assistência social ao(a) idoso(a) tendo em vista o atendimento de suas necessidades físicas, sociais, política e culturais, asseguradas pela legislação vigente.

Portanto, buscou-se mostrar na análise como estes aspectos podem afetar a relação de cuidado do(a) idoso(a) e por isso precisam ser considerados para a formulação de políticas sociais mais adequadas às necessidades de capacitação dos(as) profissionais para o atendimento das demandas dos(as) usuários(as) das ILPIs.

Em relação aos aspectos éticos, respeitou-se a participação voluntária e consentida pelas organizações onde se realizou a pesquisa, sendo os sujeitos comunicados e esclarecidos quanto à viabilidade do estudo e do compromisso de manter o anonimato por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE N° 01).

CAPÍTULO 5

Resultados e Discussão

Os resultados e discussão desse estudo encontram-se subdividido em três itens, a saber: “Perfil socioeconômico e demográfico”, “Formação e experiência profissional” e “Concepções acerca da ILPI”.

O primeiro item apresenta os resultados referentes à idade, sexo, estado civil, número de filhos, salários, renda familiar, escolaridade e condições de moradia dos(as) trabalhadores(as) das ILPIs. O segundo trata dos resultados referentes a experiência anterior e capacitação profissional do(a) trabalhador(a) de nível operacional das ILPIs onde se realizou a pesquisa. Por último, os resultados e discussão sobre a concepção, ou, mais especificamente, as representações sociais que os(as) profissionais possuem acerca da ILPI, a sua função, importância para o(a) idoso(a) e sua família, a clientela a ser atendida e a confiabilidade dos(as) profissionais em colocar seus parentes nas mesmas.

PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

Idade e Sexo

Os resultados apresentados na Tabela 1, a seguir, sobre o sexo e faixa etária dos(as) profissionais, mostram a predominância do sexo feminino (82,50%) em relação ao masculino (17,50%) em todas as faixas etárias, sendo flagrante a reduzida participação do indivíduo masculino neste tipo de atividade. E a faixa etária prevalente é de 29 a 38 anos de idade.

Tabela 1. Distribuição dos(as) profissionais segundo sexo e faixa etária – Recife e RMR, 2015. Fonte: Elaborada pela própria autora com dados extraídos da pesquisa.

Faixa etária	Valor	Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
18-28	N	8	4	12
	%	66,66	33,33	15
29-38	N	24	3	27
	%	88,88	11,11	33,75
39-48	N	16	3	19
	%	84,21	15,78	23,75
49-58	N	13	4	17
	%	76,47	23,52	21,25
Acima de 59	N	5	0	5
	%	100,0	0	6,25
Total	N	66	14	80
	%	82,50	17,50	100

A predominante presença feminina acima mencionada, reflete a relação da mulher com o trabalho doméstico culturalmente naturalizado como feminino. Esta relação pode ser melhor compreendida através da definição dos espaços público e privado, historicamente determinados a partir da diferenciação entre os sexos (Santiago et al., 1992).

Com base nesses pressupostos, na nossa sociedade, é usual afirmar que cuidar de casa, de filhos(as) ou de idosos(as) é função da mulher, porque ela é destinada “por natureza” para a vida doméstica, para ser mãe e cuidar da família. Assim são atribuídas, às mulheres, funções que são vistas pelo senso comum como funções femininas. O cuidar do(a) outro(a) configura como mais uma das tarefas "naturais da mulher". Conforme Wanderley (1998), a mulher, primeiro cuida dos(as) filhos(as), depois do marido e posteriormente dos(as) idosos(as) e doentes.

Saraiva (1990) atribui à predominância de mulheres, nas funções de cuidado, a percepção ainda vigente na sociedade que os cuidados com a criança e com os(as) idosos(as) são atribuições exclusiva da mulher, a quem, por ser mulher, é imposta a competência “natural” e necessária para o exercício dessas funções, tanto no espaço privado da casa quanto no espaço público, em organizações públicas ou privadas. A autora remete essa discussão à dicotomia entre os espaços público e privado.

Ainda segundo a autora, na Grécia Antiga, o espaço público era atribuído ao sexo masculino e o privado ao feminino, isto é, o primeiro pertencia aos homens e o segundo as mulheres. Esses espaços, na época, coexistiam como duas esferas: o público ou a *pólis*, caracterizava-se como espaço ou mundo dos homens, o planeta da liberdade, da produção e da vida pública. Enquanto, o privado ou a *oikos*, era considerada como o mundo da mulher, da reprodução humana e da força de trabalho, ou ainda, da privacidade, do cuidado e da provisão das necessidades das crianças, dos jovens, dos adultos e dos(as) idosos(as).

À dicotomia no mundo da produção e reprodução social vigente na Grécia Antiga, continua na contemporaneidade definindo o lugar de homens e mulheres na sociedade capitalista. Noronha (2000, p.267), ressalta que a divisão sexual do trabalho nos países capitalistas, sejam eles avançados ou dependentes, é claramente desfavorável para a força de trabalho feminino. Nessa direção, a acentuada inserção da mulher no mercado de trabalho se dá especialmente nos espaços dos empregos precários, geralmente em funções atribuídas antes às mulheres no espaço doméstico – como limpar, lavar, passar e cozinhar - de baixos salários, com forte exploração da força de trabalho.

Confirmando essa tendência, os dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos - DIEESE (2011) afirmam que em 2010, o setor de serviços caracterizou-se predominantemente pela absorção do sexo feminino (20,57%), destacando as ocupações culturalmente naturalizadas como femininas, sobressaindo-se os serviços cujas atividades são oriundos do doméstico como o preparo de alimentação, a higiene e a organização de ambientes, lavagem e conservação de

roupas, cuidados de criança e de idosos(as) em empresas de hospitalidades, ou de hospedagem, hospitais, creches e instituições ou casas de repouso para idosos(as), bem como outros serviços dessa natureza.

Borsa e Nunes (2011) são enfáticas ao dizer que, na família ocidental os papéis de homens e mulheres têm sido diferentes e essas diferenças se evidenciam, por exemplo, no fato de que o trabalho doméstico e o cuidado da prole continuam sendo atribuídos à mulher, prioritariamente. Numa sociedade caracterizada pela divisão social de papéis, as ocupações têm sido historicamente definidas como masculinas ou femininas conforme a ocupação. Logo, a predominância neste estudo do sexo feminino não é surpreendente.

Para Alencar e Saraiva (2011), o papel atribuído a mulher como cuidadora de idosos(as) tem sido elemento controlador de práticas, atitudes e posturas em relação ao trabalho profissional realizado pelos(as) profissionais da área, tanto no exercício de funções administrativas quanto operacionais como cuidadoras. Ademais, a concepção de desvalorização que se tem do trabalho doméstico e da relação de naturalização da mulher com esse trabalho tem contribuído para desvalorização da profissão de cuidador(a), quanto de outras profissões ditas femininas que atuam em instituições para idosos(as), tanto no aspecto econômico quanto social.

Outros estudos realizados no Brasil, especificamente, com trabalhadores(as) de Instituições de Longa Permanência para Idosos(as), reforçam esses achados. Dos 405 profissionais das ILPIs pesquisadas pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPADES (2008), identificou-se que apenas 46 eram homens e 359 mulheres.

Bestetti e Chiarelli (2012) realizaram no Estado do Paraná uma pesquisa em ILPIs e evidenciou que a participação da mulher em funções de nível operacional e em cargos de gerência prevalecia, sendo flagrante esta presença em 94% contra 6% de participação de homens. Estudo mais recente, desenvolvido por Fabrício (2015) acerca do perfil de gestores(as) ILPIs da Cidade e da Região Metropolitana do Recife – PE, evidenciou que 92,30% dos(as) gestores(as) pesquisados(as) são do sexo feminino.

Estes estudos reforçam os resultados encontrados na pesquisa que deu origem a esse estudo, no qual a presença da mulher nas ocupações de nível operacional como cuidadora, cozinheira, auxiliar de cozinha, auxiliar de enfermagem, de limpeza e de lavanderia, é majoritária. Contraditoriamente, os cargos de segurança, motorista, porteiro e vigilante, culturalmente naturalizado como destinados para homens, majoritariamente são ocupados pelo sexo masculino nas ILPIs onde se realizou a pesquisa. Sugere-se que outros estudos sejam realizados tendo em vista compreender o porquê dessa predominância feminina, e em que condições a mulher vem assumindo esses cargos.

Em relação a faixa etária, a prevalência do número de entrevistados(as) se encontra entre 28 e 38 anos (33,75%). Comparados a pesquisa do IPADES (2008), é diferente, pois, dos 405 profissionais, a faixa etária predominante foi maior, entre 41 e 50 anos (32,6%). A mesma tendência encontrada na

pesquisa de Fabrício (2015, p. 46) relacionada à gestores(as) de ILPIs, na qual, prevalece a faixa etária entre 55 e 65 (30,70%).

Vieira (2016) ressalta que isso se deve ao fato da estigmatização negativa, de que quem deve cuidar de idoso(a) é quem tem experiência e força física. Além disso, os(as) jovens profissionais entrevistados(as) na presente pesquisa, relataram que não são valorizados(as) pelo trabalho que desempenham, recebem pouco e são sobrecarregados(as), e foram enfáticos(as) em admitir que não tem planos futuros de continuar trabalhando em ILPIs, uma vez que o trabalho é rotineiro e extremamente desgastante e sobretudo, não é valorizado.

Segundo Silva (1998), o(a) cuidador(a) é sobrecarregado, doente e mal remunerado. Isso reflete na predominância da faixa etária acima dos 40 anos, tendo como consequência a falta de interesse pelos(as) jovens na profissão.

Ainda em relação à idade, vale destacar que esse fator tem influência sobre a atividade do(a) cuidador(a), pois essa função exige esforço físico em função da dependência das pessoas idosas em relação às atividades de vida diária, o que restringe e limita o tempo de trabalho desses(as) profissionais em razão do desgaste físico que ele produz. Mas não se pode desprezar o fato de que uma idade avançada do(a) cuidador(a) tenha aspectos positivos no ato de cuidar, pois sua experiência de vida, valores e crenças adquiridos com a maturidade pessoal e profissional influenciam na sua atuação (Ribeiro, 2008).

Estado civil e Número de Filhos

Os dados encontrados nesse estudo apresentados na Tabela 2 corroboram com os dados nacionais referentes ao último Censo do PNAD (2013). Nesse Censo o número de solteiros(as) é expressivo, 77 milhões (49,2%) somado à 88,78 milhões (56,7%) de pessoas vivendo em união conjugal. Os casados representam 38,6% e 6,1% de divorciados, desquitados ou separados judicialmente. Nesse contexto a região Nordeste aparece com 56,7% de solteiros.

Tabela 2. Distribuição dos(as) profissionais segundo o estado civil e o número de filhos – Recife e RMR, 2015. Fonte: Elaborada pela própria autora com dados extraídos da pesquisa.

Número de filhos	Valores	Total de filhos	Estado civil			
			Solteiro	Casado	Separado	Viúvo
0	N	14	12	1	1	-
	%	17,5	85,71	7,1	7,1	-
1 a 2	N	47	26	17	3	1
	%	58,75	55,31	36,17	6,38	2,1
3 a 4	N	14	6	2	3	3
	%	17,5	42,85	14,28	21,42	21,42
Mais de 4	N	5	1	2	1	1
	%	6,25	20	40	20	20
Total	N	80	45	22	8	5
	%	100	56,25	27,50	10	6,25

Os dados mostram que o número de profissionais solteiros(as) (56,25%) embora vivendo em união conjugal e com filhos é superior aos de casados (27,50%) e demais estados civis. Em relação ao número de filhos(as) há predominância de média de 1 a 2 (58,75%).

Para Iná Elias de Castro, professora de Geografia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, estes dados refletem uma "liberalização dos costumes" na sociedade brasileira. A Professora afirma que "antes, para viver junto você tinha que estar casado, hoje existe certa liberalização". A professora ainda atenta ao fato de que, nas classes mais baixas, o percentual de pessoas que se unem é mais alto, mas este hábito está sendo apropriado por jovens de classe média e média alta que vivem nas cidades. É uma prática das classes populares que, hoje migram para a classe média, de viver junto primeiro e depois se casar.

Segundo Guerreiro e Abrantes (2005) até os anos setenta, o casamento ocupava uma posição importante entre os projetos de vida de rapazes e moças. No entanto, as mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas repercutiram na transição para a adultez, envolvendo percursos escolares mais prolongados, inserções tardias e instáveis no mercado de trabalho e homologia nos papéis de gênero.

Para Wendling (2002) e Wagner et al. (2014) os(as) jovens estão iniciando sua vida sexual mais cedo e casando-se mais tarde, permanecendo mais tempo na casa paterna, preferindo casar e ter filhos cada vez mais tarde por priorizarem o investimento em seu futuro profissional.

A exemplo disso, a pesquisa realizada por Wagner et al. (2014) com jovens de famílias de renda média do sul do Brasil, com idades entre 12 e 17 anos, constatou que o casamento não ocupa um lugar de destaque entre os seus projetos de vida. Os planos desses jovens estão mais voltados para a busca da felicidade, da realização pessoal e da realização profissional.

Em relação ao número de filhos, pode-se observar que um percentual significativo dos(as) entrevistados(as) possuem entre 1 e 2. Verifica-se ainda que um número de filhos maior ou igual a 4 representa franca minoria entre os(as) entrevistados(as).

A razão fundamental da queda das taxas de crescimento populacional no Brasil foi a diminuição da *taxa de fecundidade* que caiu de 6,3 filhos, em 1960, para 2,0 filhos, em 2006, o que significa que as famílias brasileiras estão diminuindo. No Século XXI, a média de filhos é de 1,6 (PNAD, 2011).

Diante disso, considerando as dificuldades por que passam as famílias, especificamente aquelas em que a mulher é a única provedora da renda familiar, o número de filhos(as) representa um peso considerável no orçamento doméstico, um fator que evidencia a redução no tamanho das famílias brasileiras em todas as classes de renda, sendo esta tendência mais acentuada entre aquelas mais pobres, que ganham até um salário mínimo.

Salário e Renda Familiar

Na Tabela 3, a maioria (68,75%) dos(as) trabalhadores(as) de nível operacional das ILPIs investigadas recebem menor ou igual a um salário mínimo, a função de serviços gerais é a que mais representa essa renda, enquanto que as auxiliares de enfermagem, os porteiros e vigilantes recebem entre um a dois salários mínimos. Os demais, encontram-se na faixa salarial de um ou menos.

Tabela 3. Distribuição dos(as) profissionais segundo a função exercida e o salário recebido – Recife e RMR, 2015. Fonte: Elaborada pela própria autora com dados extraídos da pesquisa. *Salário mínimo vigente, em março de 2015 no valor de R\$ 788,00.

Função	Salário mínimo*			Total de profissionais	
	≤ 1	> 1 ≤ 2	> 2 ≤ 4	N	%
1. Almozarife	1	-	-	1	1,25
2. Auxiliar de enfermagem	7	14	-	21	26,25
3. Auxiliar de cozinha	2	-	-	2	2,50
4. Cozinheiro(a)	9	3	-	12	15
5. Cuidador(a)	10	1	-	11	13,75
6. Lavadeira	4	-	-	4	5
7. <i>Office boy</i>	1	-	-	1	1,25
8. Serviços gerais	19	1	-	20	25
9. Porteiro	1	5	-	6	7,5
10. Vigilante	-	1	1	2	2,50
Total	N	54	25	1	80
	%	68,75	31,25	1,25	

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

Estes dados refletem a desvalorização social e financeira do trabalho destes(as) profissionais. Isto pode ser constatada neste estudo, a partir das informações obtidas através da fala dos(as) entrevistados(as), quando se questiona a satisfação com o trabalho realizado na ILPI:

A gente só faz é trabalhar demais, ninguém reconhece a gente e o ganho é muito pouco, não dá para nada (Auxiliar de Serviços gerais);

Sim, gosto. Gosto porque é o jeito, não tem outro emprego. O jeito é ficar nesse mesmo, mesmo sem gostar. O ganho é pouco demais, mas é melhor que nada (Auxiliar de cozinha);

Gosto do que faço, mas, não gosto do salário que ganho. É muito pouco e está muito defasado (Auxiliar de enfermagem).

Entre 2009 e 2011, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra e Domicílio - PNAD (2011), o rendimento médio mensal do(a) trabalhador(a) subiu em todos os níveis sociais do Brasil, os(as) trabalhadores(as) pobres tiveram ganhos maiores, os salários destes subiram 6,5 vezes mais que os(as) dos(as) trabalhadores(as) ricos(as). Contudo, apesar do ganho médio dos 10% da população brasileira entre 2009 e 2011, a desigualdade e a concentração de renda continuam grandes, uma vez que o salário médio dos(as) trabalhadores(as) ricos(as) é 87 vezes maior que o salário dos(as) trabalhadores(as) pobres, apenas, 1% dos(as) brasileiros(as) ricos(as) recebem acima de R\$ 16.121. Quase um terço dos 40% mais pobres não têm carteira assinada, contra 8,0% dos 10% mais ricos.

Nessa perspectiva, os dados da PNAD (2015) entre 2014 e 2015, à época da pesquisa, revelam que o rendimento médio mensal real de todos os trabalhos das pessoas de 15 anos ou mais de idade ocupadas, foi estimado em R\$ 1.845 e R\$ 1.746, respectivamente, valor 5,4% inferior ao verificado em 2014. Os dados apresentados pela PNAD não correspondem ao encontrados nesse estudo, onde a grande maioria ganha até um salário mínimo. Se os trabalhadores(as) brasileiros(as) auferissem o que a PNAD estima, sobretudo, os(as) trabalhadores(as) das ILPIs tinham melhores condições e qualidade de vida.

Estudos realizados pelo IPADES (2008) do Paraná, ressaltam a condição de pobreza em que vivem os(as) profissionais das ILPIs. Os(as) 380 profissionais das ILPIs de nível operacional, recebia à época da pesquisa, R\$463,75, equivalente a um salário mínimo. Outro estudo realizado por Silva et al. (2015) com profissionais cuidadores(as) das ILPIs da Cidade de Natal-RN, também confirma a condição de pobreza dos(as) trabalhadores(as) dessas instituições. Os(as) autores(as) constataram que o salário dessa categoria não passa de um salário mínimo.

Estudos mostram que existe uma grande rotatividade dos(as) profissionais das ILPIs, tanto das áreas técnicas como dos demais serviços, em decorrência de baixos salários. Ximenes e Côrtes (2007) ao estudarem as ILPIs filantrópicas do Estado de São Paulo, evidenciaram que a maioria dos(as) profissionais recém-formados ou de nível operacional, na primeira oportunidade que possuem de sair da instituição por melhores condições financeiras e de vida profissional o fazem em função das condições de trabalho e dos baixos salários.

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

Nessa perspectiva, Bestetti e Chiarelli (2012) realizaram um estudo em uma ILPI localizada na cidade de Foz de Iguaçu, no Estado do Paraná, com 18 funcionários, e constataram que os(as) profissionais ligados diretamente aos cuidados com os(as) idosos(as) permaneciam em média 2 anos no trabalho, dentre os fatores mais influentes pela saída da ILPI foram os baixos salários e o excesso de trabalho. Assinalam que a grande rotatividade dos(as) profissionais de ILPIs pode gerar implicações financeiras no desenvolvimento das atividades organizacionais, aos custos, à diminuição da produtividade e da qualidade dos serviços, principalmente no que se refere aos cuidados com a pessoa idosa institucionalizada.

A Tabela 4 mostra o número de moradores(as) que dividem o domicílio com os(as) entrevistados(as) e a renda familiar. Verifica-se que a maioria possui entre 3 e 5 moradores(as) por domicílio (56,25%) e a renda familiar predominante, nesta categoria é de até 2 salários mínimos (47,91%).

Tabela 4. Distribuição dos(as) profissionais segundo a renda familiar e o número de moradores por domicílio – Recife e RMR, 2015. Fonte: Elaborada pela própria autora com dados extraídos da pesquisa. *Salário mínimo vigente, em março de 2015 no valor de R\$ 788,00.

Número de moradores	Renda familiar em salário mínimo*						Total de moradores	
	≤ 2		> 2 ≤ 4		> 4		N	%
	N	%	N	%	N	%		
0 a 2	21	43,75	8	27,58	1	33,33	30	37,50
3 a 5	23	47,91	20	6,89	2	66,66	45	56,25
Acima de 5	4	8,33	1	3,44	-	-	5	6,25
Total da renda	48	60	29	36,25	3	3,75	80	100

No fim do Século XX, o perfil das famílias brasileiras começou a se configurar com o aumento da referência do sexo feminino como chefes de família. Além disso, nas últimas décadas, o tamanho das famílias vem sofrendo reduções sistemáticas, como reflexo da queda da fecundidade.

Em 1980, as famílias brasileiras tinham, em média, 4,5 componentes; em 1992, o tamanho médio passou para 3,7 pessoas e, em 2001, chegou a apenas 3,3 pessoas em média. Em termos regionais, no Século XXI, a média mais elevada se encontra nas regiões Norte e Nordeste, ambas com média de 3,7 componentes por família, enquanto no Sul e no Sudeste o tamanho médio é 3,2 pessoas (Pesquisa Nacional Por Amostra E Domicílio, 2015).

Embora os estudos apresentem que o número de membros da família está se tornando cada vez menor, composta, em média por 3 integrantes, constata-se neste estudo que a variação não alterou o número de membros das famílias entrevistadas, cujo número de membros se encontra entre 3 e 5 para a maioria das famílias. Isto contribui segundo os(as) entrevistados(as) para um maior número de membros

da família no mercado de trabalho. A perda histórica do poder aquisitivo do salário e a situação recessiva da economia do país cada vez mais intensifica a participação dos membros da família no mercado de trabalho, pela necessidade de equilibrar o orçamento doméstico.

Conforme a PNAD (2015) em relação a renda familiar, em 2015, no Brasil, a média do rendimento mensal real dos domicílios particulares permanentes foi de R\$ 3.186, valor a 7,5% a menos do que o valor apurado em 2014 (R\$ 3.443). As menores médias deste indicador foram encontradas nas Regiões Nordeste (R\$ 2.114) e Norte (R\$ 2.433). As Regiões Sudeste (R\$ 3.686), Sul (R\$ 3.686) e Centro-Oeste (R\$ 3.842) por sua vez, registraram rendimentos médios mensais reais domiciliares acima da média nacional.

Esses dados confirmam a do presente estudo, no qual, os(as) profissionais que possuem de 0 a 2 moradores(as) apresenta renda familiar de até dois salários mínimos, enquanto aqueles que apresentam renda familiar até 4 salários dividem essa renda com 3 a 5 moradores(as), o que configura o que os estudos mostram, são os(as) trabalhadores(as) das ILPIs de Recife e Região Metropolitana de Recife que vivem em condições de pobreza, conforme ressalta uma cuidadora trabalhadora de uma das ILPIs onde se realizou a pesquisa:

Eu trabalho a semana inteira, de segunda a sexta, e no sábado e domingo faço trabalho extra para completar a renda familiar, se não fizer isso eu e minha família passa fome porque o salário não dá para nada.

Outros estudos realizados no Brasil corroboram a fala da profissional (Martinez; Brêtas, 2004; Ribeiro et al., 2008; Lopes et al., 2011), que a baixa remuneração pode levar os(as) cuidadores(as) a buscarem uma forma de complementação salarial, contribuindo para o estresse desses(as) profissionais. Além disso, as duplas jornadas de trabalho, aliadas à repetição de tarefas, ao baixo salário e à feminização da profissão desencadeiam sofrimento físico-psíquico nos(as) cuidadores(as) de idosos(as), resultando, muitas vezes, em solicitações de licenças médicas.

Nível de escolaridade

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (2015), em 2015 diminuiu o número de brasileiros que não tem instrução ou nunca estudaram, em 8,0% (12,9 milhões de analfabetos), permanecendo com tendência de queda. A região Nordeste apresentou a maior taxa de analfabetismo, 16,2%. Em seguida aparecem as regiões Norte, com 9,1% e Centro-Oeste, com 5,7%. No Sudeste, o índice é de 4,3%; e no Sul, 4,1%. Particularizando o Estado de Pernambuco, o mesmo ocupa a oitava pior colocação no ranking de analfabetos, entre os Estados do Nordeste, com 16,73% de sua população não chegou a frequentar a escola. Isto justifica os 3,7% dos(as) profissionais das ILPIs pesquisadas que não são alfabetizados(as), como mostra na Tabela 5 a seguir.

Tabela 5. Distribuição dos(as) profissionais segundo a função e o nível de escolaridade – Recife e RMR, 2015. Fonte: Elaborada pela própria autora com dados extraídos da pesquisa.

Função	Escolaridade								
	NE	ALFA	EFI	EFC	EMI	EMC	CT	CS	
1. Almoхарife	-	-	-	1	-	-	-	-	
2. Auxiliar de enfermagem	-	-	-	-	1	-	20	1	
3. Auxiliar de cozinha	-	-	1	1	-	-	-	-	
4. Cozinheiro(a)	1	-	2	1	4	3	-	-	
5. Cuidador(a)	-	-	3	3	1	2	2	-	
6. Lavadeira	-	2	-	-	-	2	-	-	
7. Office boy	-	-	-	-	-	1	-	-	
8. Serviços Gerais	2	2	7	2	4	2	1	-	
9. Porteiro	-	-	3	1	1	1	-	-	
10. Vigilante	-	-	-	-	1	1	-	-	
Total	N	3	4	16	9	12	12	23	1
	%	3,75	5	20	11,25	15	15	28,75	1,25

*NE- Nunca estudou; ALFA- Alfabetizado; EFI- Ensino Fundamental Incompleto; EFC- Ensino Fundamental Completo; EMI - Ensino Médio Incompleto; EMC - Ensino Médio Completo; CT - Curso Técnico; CS - Curso superior.

No que tange a escolaridade, observa-se que dos(as) respondentes, 28,75% profissionais possuem Curso Técnico, destes, 20 são auxiliares de enfermagem e que 15% situam-se no Ensino Médio Completo, evidenciando-se ainda 15% no Ensino Médio Incompleto. E o restante, 33 trabalhadores(as) encontram-se entre 3,75% que Nunca Estudaram, 5% que são apenas alfabetizados, 20% que não concluíram o Ensino Fundamental e 11,25% que concluíram. Finalmente, apenas 1,25% possuem Curso Superior.

Na pesquisa do IPADES (2007) dos 405 profissionais entrevistados(as) quase 40% cursaram apenas o Ensino Fundamental, completo ou incompleto, número este superior ao encontrado no presente estudo (30,86%), além disso apenas 15% dos(as) respondentes possuem nível superior e 1% nunca frequentaram a escola. Esses achados confirmam o baixo nível de escolaridade dos(as) trabalhadores(as) das ILPIs na pesquisa que deu origem a este estudo e em outros Estados do Brasil.

Embora os estudos mostrem que em 2007, a época da pesquisa do IPADES, houve elevação do nível de instrução dos(as) brasileiros(as) com mais de 10 anos de estudo de 33% para 35,1%, não se evidencia essa melhoria no grau de instrução dos(as) trabalhadores(as). O que os dados mostram é o baixo nível de instrução e neste estudo, sobretudo, evidencia-se na categoria dos(as) profissionais caracterizados(as) como cuidadores(as), o que é muito preocupante, considerando as atribuições que esses(as) profissionais desenvolvem na relação de cuidados com os(as) idosos(as).

Confirmando essa preocupação, outro estudo realizado em ILPIs localizadas em Itaúna, no Estado de Minas Gerais, com 25 profissionais cuidadores(as) revelou que a maioria (52%) apresenta apenas o Ensino Fundamental Incompleto (Lopes et al., 2012). Entende-se que o baixo nível de escolaridade contribui para a baixa qualidade do cuidado e por consequente formação de insegurança, desorganização, irritação e falta de humanismo por parte do(a) cuidador(a) e, sobretudo, colocando o(a) idoso(a) em risco social. Aponta Carneiro (2009) que a formação insuficiente do(a) cuidador(a) pode restringir a autonomia dos(as) idosos(as), favorecendo sua dependência funcional e, em última instância, aumentando a sobrecarga de trabalho para si próprio.

Nessa direção, a legislação brasileira ainda não determina o nível de escolaridade do(a) profissional cuidador(a), mas um Projeto de Lei da Câmara (PLC – nº11, 2016) está em tramitação que objetiva regulamentar a profissão de cuidador(a), sendo exigido no mínimo o Ensino Fundamental Completo e curso de qualificação na área.

O baixo nível de escolaridade dos(as) profissionais das ILPIs pesquisadas, de nível operacional, revela um quadro preocupante, pois, são os(as) mesmos(as) responsáveis diretamente pelos cuidados com a pessoa idosa, especialmente os(as) cuidadores(as), auxiliares de enfermagem e serviços gerais, cozinheiros(as), isso reflete na baixa qualidade dos serviços prestados nas instituições.

Outro aspecto complicador para o quadro de profissionais das ILPIs, é que no Brasil não existem cursos de graduação que formem pessoas para trabalhar especificamente com o cuidado e a atenção à pessoa idosa. O que existe são cursos de nível superior como o de Economia Doméstica, ou de Enfermagem que mais se aproximam em termos de formação considerando sua matriz curricular que possibilita preparar o(a) profissional, entre outras coisas, para atuar como administradores de serviços de longa permanência para idosos(as). Assim sendo, na falta de profissionais com qualificação específica, admite-se pessoal proveniente das mais variadas ocupações, tanto para os cargos de administração quanto de nível operacional, principalmente, donas-de-casa.

Condições da Moradia

Os dados apresentam que a maioria dos(as) profissionais das ILPIs pesquisadas (81,25%) possui moradia própria e destes apenas 5% ainda pagam pela quitação. Os que não possuem casa própria vivem em moradias alugadas (11,25%) e cedidas ou emprestadas (2,5%).

Tabela 6. Distribuição dos(as) entrevistados(as) segundo a moradia – Recife e RMR, 2015. Fonte: Elaborada pela própria autora com dados extraídos da pesquisa.

Moradia	Profissionais entrevistados(as)	
	N	%
Própria / quitada	65	81,25
Própria / não quitada	4	5
Alugada	9	11,25
Cedida / emprestada	2	2,5
Total	80	100

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD em 2015, foram estimados 68,0 milhões de domicílios particulares permanentes no Brasil, o que representa um crescimento de 1,5% (998 mil unidades) domiciliares em relação ao ano anterior. A Região Norte apresentou o maior aumento relativo no número de domicílios próprios (3,1%). As demais regiões assinalaram variações entre 1,2% na Sudeste, e 1,6% nas regiões Centro-Oeste e Nordeste.

Nessa direção, os dados deste estudo corroboram os dados da PNAD de 2015, cujos resultados evidenciam que 74,8% de domicílios no país são próprios, destes, 69,9% são quitados e 4,9% em aquisição. Já, os domicílios alugados, por sua vez, correspondem a 17,9%, e os cedidos representa 7,1% do total.

Ainda conforme a PNAD, ao longo dos anos de 2004 a 2015, a proporção de domicílios próprios aumentou 3,0% (1,5 milhão de unidades). Esse comportamento foi observado em todas as Grandes Regiões, especialmente na Norte (5,0%). Em contrapartida, houve redução de 2,0% de domicílios alugados no Brasil.

Este estudo sugere avaliar sob que condições físicas e materiais estas moradias existem, onde estão localizadas, quais as condições sanitárias, de ventilação, iluminação, revestimentos de pisos e paredes, sobretudo, o dimensionamento dos espaços no sentido de atender as necessidades e demandas dos indivíduos e das famílias.

Experiência profissional anterior de trabalho

A Tabela 7 trata da experiência profissional dos(as) entrevistados(as) das ILPIs pesquisadas. Observa-se que a maioria - 55% - dos(as) profissionais entrevistados(as) não tiveram experiência de trabalho com idosos(as) extradomiciliar, antes de começarem a trabalhar na ILPI, ou seja, não trabalharam na função fora da unidade doméstica.

Tabela 7. Experiência anterior de trabalho extradomiciliar com idosos(as) – Recife e RMR, 2015. Fonte: Elaborada pela própria autora com dados extraídos da pesquisa.

Experiência	N	%
Sim	36	45
Não	44	55
Total	80	100,0

A Tabela 8 apresenta uma relação dos locais e funções onde os(as) 36 profissionais que tiveram experiência extradomiciliar trabalhavam antes de entrar nas ILPIs contempladas neste estudo.

Tabela 8. Locais e funções que exerciam antes de trabalhar nas ILPIs –Recife e RMR, 2015. Fonte: Elaborada pela autora com dados extraídos da pesquisa.

Local	Função	N	%
Casa de Família	Cuidador(a)	33	73,33
	Empregada Doméstica	06	9,52
	Cozinheiro(a)	03	7,14
	Masoterapeuta	01	2,38
	Técnico em Enfermagem	02	2,38
Total		45	100,00

Observa-se que a maioria (73,33%) trabalhou anteriormente em “casas de família” como cuidador(a), em seguida como doméstica e como cozinheiro(a). Com experiência anterior em ILPIs apenas 10 entrevistados(as), predominando entre elas as funções de Técnica em Enfermagem e Cuidadora, os(as) demais trabalharam em hospitais e outras empresas como serviços gerais e cozinheiro.

Os dados relativos ao perfil dos(as) profissionais que cuidam de idosos(as) que trabalham em ILPIs dentro e fora do Brasil são escassos (Duarte, 1997; Mello, 2001; Ribeiro, et al., 2008). Entretanto, apesar da pouca importância atribuída a esta questão, percebe-se uma tendência de aumento da necessidade desses(as) profissionais devido ao aumento da taxa de institucionalização do(a) idoso(a), geradas pelas mudanças que vêm ocorrendo na estrutura familiar. Contudo, esta necessidade não tem sido satisfeita em termos de formação adequada dos(as) trabalhadores(as) para trabalhar com idosos(as), o que se verifica, é a composição de quadro de profissionais com baixa escolaridade, sem experiência e sem formação na área, e esta questão parece ser nacional.

Os dados coletados na maioria dos estudos sobre a formação e a experiência anterior na função dos profissionais de ILPIs indicam que a maioria, exceção feita as Auxiliares de Enfermagem, trabalhou antes em casa de família como cuidador(a), como doméstica ou como cozinheiro(a). Estes dados refletem a tendência e a ausência de critérios para seleção destes(as) trabalhadores(as) para ILPIs, sobretudo, quando se trata do pessoal do nível operacional ou de execução como os cuidadores(as), cozinheiros(as), auxiliares de cozinha, auxiliares de limpeza, de lavanderia, a exemplo. Por não exigir este mercado de trabalho capacitação específica para o exercício destas funções, constata-se neste estudo que a maioria

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

dos(as) trabalhadores(as) quando do ingresso a ILPIs selecionadas para a pesquisa, não possuíam, em sua maioria, experiência formal de trabalhos com idosos(as), prevalecendo o trabalho informal.

Isto pode ser atribuído a não existência no Brasil de cursos profissionalizantes que formem pessoas para trabalhar especificamente com o cuidado do(a) idoso(a) ou com outras atividades em ILPIs. O que existe são cursos de nível superior, como o de Economia Doméstica, que prepara profissional, entre outras coisas, para atuar como administradores de serviços, dentre as quais as ILPIs, mas não diretamente com idoso(a). Assim sendo, na falta de profissionais com experiências e qualificados(as), admite-se pessoal proveniente das mais variadas ocupações, principalmente aquelas consideradas extensões do trabalho doméstico, a saber: empregadas domésticas, faxineiras, cozinheiras, serventes, copeiras, donas-de-casa e outras afins.

Estudo realizado por Ximenes e Côrtes (2007) evidenciou que dos 29 profissionais indagados sobre experiência profissional na área de ILPIs, apenas um profissional confirmou ter feito curso e ter alguma experiência com idosos(as). Para estas autoras o não conhecimento sobre gerontologia, o despreparo interfere no trabalho, com o fazer dos residentes e, conseqüentemente, no próprio fazer destes, ao ocasionar, muitas vezes, situações deprimentes e de desrespeito e desprezo ao trabalho do(a) outro(a) profissional e aos(as) residentes.

A própria afirmação dos(as) entrevistados(as) de possuir uma experiência anterior de trabalho com idosos(as), durante as entrevistas, no estudo que deu origem a esse trabalho, vinha sempre associada ao trabalho doméstico, como se os serviços prestados aos(as) idosos(as) na ILPI fossem uma mera reprodução daqueles tipos de atividades desprovidos de conhecimentos teórico metodológico. Os depoimentos transcritos abaixo revelam tal compreensão:

O trabalho aqui não precisa de ter curso, experiência. Para fazer o que a gente faz aqui com os idosos, basta os ensinamentos que a gente aprende em casa". "Eu cuidei de meus pais e aprendi a cuidar de idosos (Cuidadora de uma ILPI);

A diferença que tem é que aqui são muitos idosos para banhar e dá de comer na mesma hora. É muito mais trabalho, mas o resto é a mesma coisa que o cuidado em casa (Auxiliar de limpeza de uma ILPI);

Eu sei fazer comida pra idoso desde que eu me entendo por gente". Mãe saía pra trabalhar e eu é que cuidava dos meus avós: fazia comida, cuidava, a mesma coisa que faço aqui (Cozinheira).

Depoimentos semelhantes a esses foram encontrados nos estudos de Colomé et al. (2011) quando entrevistou os(as) cuidadores(as) de ILPIs sobre suas experiências com idosos(as) no trabalho. Dos respondentes, 36,4% foram enfáticos ao afirmar que já haviam exercido a função de cuidar de idosos(as), mas, em domicílios, em hospital ou em outras ILPIs, contudo sem ter recebido treinamento específico para exercer a função.

Capacitação Profissional

A Tabela 9 mostra que 65% dos(as) entrevistados(as) não fizeram qualquer curso de formação (treinamento, capacitação, profissionalizante, especialização ou curso técnico), nem antes nem depois de serem admitidos nas ILPIs. É visível a alta percentagem em todas as instituições, exceção feita à ILPI 02, onde a maioria teve acesso a algum tipo de formação, mesmo não estando diretamente relacionado com a função.

Tabela 9. Cursos de capacitação ou profissionalizantes realizados, conforme as respectivas ILPIs – Recife e RMR, 2015. Fonte: Elaborada pela própria autora com dados extraídos da pesquisa.

ILPIs	Frequência em cursos			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
01. C.H.	3	33,33	6	66,66
02. N.L.	3	60	2	40
03. L.B.	1	16,66	5	83,33
04. I.P.V	9	45	11	55
05. J.D.	3	33,33	6	66,66
06. A.S.P	1	50	1	50
07. L.I.M.C	0	0	1	100
08. C.I.F. A	2	25	6	75
09. A.E.B.C	1	20	4	80
10. A.C. A	2	40	3	60
11. C.F.G.R	1	33,33	2	66,66
12. S.G.S.T	2	50	2	50
13.L.P.Z	0	0	3	100
Total	28	35	52	65

Dos 28 (35%) profissionais que mencionaram ter realizado cursos, foram as Auxiliares de Enfermagem que obtiveram maior frequência (91,30%), seguidas dos(as) cuidadores(as) (2,72%). Entre o pessoal de nível de apoio quem menos realizou cursos foi o pessoal auxiliar de cozinha e serviços gerais, havendo aqueles(as) que não fizeram nenhum, e aqueles(as) que fizeram apenas 1. Esta realidade é muito preocupante, tendo em vista a importância do trabalho desses(as) profissionais para a qualidade do atendimento ao(a) idoso(a).

A participação das diferentes categorias profissionais em cursos de formação é apresentada na Tabela 10.

Tabela 10. Função e os cursos de capacitação realizados – Recife e RMR, 2015. Fonte: Elaborada pela própria autora com dados extraídos da pesquisa.

Função	Frequência				Total de profissionais	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
1. Almozarife	-	-	1	-	1	1,25
2. Auxiliar de enfermagem	21	91,30	2	8,69	23	28,75
3. Auxiliar de cozinha	-	-	2	-	2	2,5
4. Cozinheiro(a)	1	8,33	11	91,66	12	15
5. Cuidador(a)	3	2,72	8	72,72	11	13,75
6. Lavadeira	1	2,5	3	7,5	4	5
7. Office boy	-	-	1	-	1	1,25
8. Serviços Gerais	1	5,26	18	94,73	19	23,75
9. Porteiro	1	1,66	5	83,33	6	7,5
10. Vigilante	-	-	1	-	1	1,25
Total					80	100

Esta realidade corrobora a pesquisa realizada pelo IPARDES (2008) em 229 ILPIs do Paraná, com 405 profissionais, evidenciou em relação aos(as) profissionais de nível operacional que possuem Ensino Fundamental, um total de 169, dentre estes apenas 45, menos de um terço, realizaram algum curso de capacitação profissional voltado para o atendimento ao(a) idoso(a), o restante nunca fez curso, nem tinham experiência na área de trabalho formal com idosos(as).

Enquanto isso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2005, Resolução RDC nº 283, estabelece que a Instituição de Longa Permanência para Idosos(as) deve realizar atividades de educação permanente na área de gerontologia na instituição com objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos(as) idosos(as).

O curso de cuidador(a) de idosos(as) deve ter no mínimo 130 horas/aula; entretanto, a pesquisa do IPADES mostra que, nos anos 2006/2007, apenas 21% dos(as) entrevistados(as) frequentaram cursos e capacitações acima de 60 horas/aula. A pequena carga horária, abaixo de 20 horas/aula, que representa 46%, abrange também palestras e seminários que, embora importantes, não possuem potencial adequado de qualificação.

Ximenes e Cortês (2007) chama a atenção que a profissionalização da atividade de cuidar de idosos(as) no Brasil fazem cursos com 230 horas; a segunda, quando os cursos têm 130 horas; e a terceira, com 50 horas. Há também os diplomas dados pelo Estado aos especialistas em cuidado, em geral empregados nas instituições. Em contrapartida, na França, há um curso com diploma voltado à formação de cuidadores(as), reconhecido pelo Ministério do Trabalho, englobando uma série de competências. Mas nesse país é possível também validar experiência prévia na atividade, obtendo o diploma sem formação. Assim, apesar das múltiplas diferenças na prestação do cuidado nesses diferentes países, as autoras

concluem que existem alguns pontos de convergência, entre os quais o fato de se tratar de um trabalho precário, que exige baixa qualificação profissional e tem baixo reconhecimento social.

CONCEPÇÕES ACERCA DA ILPI

Requisitos Atribuídos ao(a) Profissional para Trabalhar em ILPI

Os dados da Tabela 11 mostram um número de respostas (124) maior que o número de entrevistados (80), pelo fato de alguns participantes da pesquisa ter atribuído mais de uma qualidade ao(a) trabalhador(a) de ILPI. “Ser paciente” e “Ser amoroso e carinhoso” foram considerados qualidades essenciais ao(a) trabalhador(a) de ILPI, segundo a maioria dos(as) entrevistados(as). Em seguida, aparece “Gostar do idoso” e “Ser responsável”, tendo as outras qualidades pouco citadas, como: o Ter formação profissional e Ter experiência. Não desconsiderando aqueles(as) que não souberam responder (7,04%).

Tabela 11. Distribuição das respostas acerca das qualidades apontadas como importantes para o trabalho em ILPI– Recife e RMR, 2015. Fonte: Elaborada pela própria autora com dados extraídos da pesquisa.

Qualidades	Respostas	
	N	%
Ser paciente (calmo, tolerante)	45	63,38
Gostar de idoso (gostar de trabalhar com idoso)	15	21,12
Ser amoroso e carinhoso	43	60,56
Ser responsável (cumprir horário, dedicado)	10	14,08
Ter experiência (saber cuidar)	05	7,04
Ter formação profissional	01	1,40
Não soube responder	05	7,04
Total	124	100,00

Os resultados refletem os requisitos básicos que se têm colocado como exigência fundamental para quem quer ser admitido ou para quem já trabalha em Instituições de Longa Permanência para Idosos: “gostar de idosos”, “ser paciente, carinhosa, sensível e amável”. Tem-se valorizado muito mais os requisitos inerentes à capacidade de lidar com pessoas, no que se refere às relações de afetividade, do que a capacidade profissional em nível de experiência e conhecimento sobre técnicas e procedimentos de trabalho com idosos(as). Muitos acham que gostar de idoso é apenas exteriorizar permanentemente manifestações de carinho e de agrado.

Gostar de idosos(as), ser paciente, carinhosa, amável, são qualidades essenciais para se trabalhar com este segmento da população, porém, não podem ser confundidas com as manifestações superficiais de acolhimento e nem podem substituir os cuidados considerados adequados e necessários a saúde física, mental e social e ao bem-estar do idoso(a).

O trabalho com o(a) idoso(a) exige muito mais do que estes requisitos. É necessário ter conhecimento teórico-prático sobre as necessidades e demandas no que concernem às atividades

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

desenvolvidas no cuidado com e para a pessoa idosa, compreendendo a preparação dos alimentos, auxílio na alimentação e na higienização (troca de fraldas, banho), verificação de pressão arterial, realização de curativos, controle e administração de medicamentos, acompanhamento a consultas e exames clínicos, bem como higiene e manutenção do prédio e do mobiliário, lavagem e costura das roupas pessoais, de cama e banho, cuidado com o jardim e a horta, além do desenvolvimento de atividades sociais, culturais, lazer, estímulo dos vínculos familiares.

Somando-se a estes conhecimentos, vale lembrar, aqueles gerais sobre o processo de envelhecimento e suas consequências, doenças degenerativas e gerontologia. Entre as habilidades destacam-se saber escutar e ter paciência, carisma e laços de efetividade, comunicação, são imprescindíveis para atuar na relação com idoso(a) (Colomé, 2011).

Nessa perspectiva, gostar de idoso(a) institucionalizado(a), deve significar para o(a) profissional ter conhecimento sobre exercício de sua função, ser competente, crítico, no sentido de propiciar as possibilidades para o bem-estar físico, afetivo e social, contribuindo dessa forma para o envelhecimento saudável. Os dados refletem, entretanto, o papel, ainda confuso, que o(a) trabalhador(a) de nível auxiliar, operacional ou de apoio vem desempenhando nas instituições de consumo coletivo de atendimento aos(as) idosos(as), assim como a forma de conceber a função dessa instituição, historicamente vista como abrigo para atender a pessoas em situação de pobreza, com problemas de saúde e sem suporte social. Assim, atuar junto ao(a) idoso(a) se limita aos cuidados físicos e afetivos, não havendo necessidade de capacitação e conhecimento para isto, o essencial é gostar do(a) idoso(a) e ter paciência. O senso comum é que qualquer mulher, desde que goste de idosos(as), seja calorosa e dotada de bom senso, pode trabalhar numa ILPI.

Com base nas respostas dos(as) entrevistados(as), expressas na Tabela 12, é possível identificar que a maioria gosta da função que exerce. O motivo principal centra-se no “gostar de trabalhar com idoso” e com certa aproximação, aparece a justificativa “se identificar com a função”. Os extremos compõem justificativas menos representativas como se constata a seguir, considerando que 12,85% não justificou sua resposta.

Tabela 12. Distribuição das respostas dos(as) entrevistados(as) quanto ao gostar ou não da função que exerce e porque gosta– Recife e RMR, 2015. Fonte: Elaborada pela própria autora com dados extraídos da pesquisa.

Frequência	Respostas	
	N	%
Sim	70	87,5
Por quê?		
Identifica-se com a função (gosta do que faz)	18	18,18
Gosta de trabalhar com idoso	32	32,32
Porque tem salário certo	05	5
Gosta da localização da instituição	06	6
Não justificou	09	12,85
Não	10	12,50
Por quê?		
Pelas condições inadequadas de trabalho	04	5,63
Pelos baixos salários (muito trabalho)	03	4,22
Não valorização do cuidador	04	5,63
Total	99	100,00

Neste estudo, verifica-se ainda, um número expressivo de profissionais (12,50%) que estão insatisfeitos com a função que exercem na ILPI, ou seja, não gostam do que fazem. Esta situação configura-se como específica e pode ser explicada pelas “condições inadequadas de trabalho”, “não valorização do cuidador” e “baixo salário”. Compreender esta questão é fundamental porque o grau de satisfação com a função que exerce vai dizer o significado que o(a) profissional atribui ao trabalho que realiza. Não se pode deixar de considerar que existe um receio por parte da maioria destes(as) profissionais de negar a insatisfação com a função que exerce, inclusive, vale ressaltar que 9 (12,85%) preferiram não responder a pergunta. Segundo a entrevistadora, na ocasião da entrevista, muitos dos(as) profissionais ficavam temerosos de alguém está ouvindo suas respostas. Houve profissionais que disseram sim, mas, ao mesmo tempo ressaltaram:

Gosto de trabalhar com idoso, mas, a função de cuidador não é valorizada, se ganha muito pouco (Cuidadora de ILPI);

Só fico na ILPI porque é perto da minha casa e tem salário fixo, que é muito baixo, não dá para nada (Auxiliar de Enfermagem);

Digo que gosto, mas, só fico na ILPI porque tenho pena dos idosos, eu gosto deles. Eu tenho esta função, mas, faço de tudo aqui (Serviços Gerais).

Os resultados das respostas dos(as) entrevistados(as) satisfeitos ou não com o trabalho que realizam refletem os requisitos básicos e as relações de trabalho que o mundo do trabalho tem exigido nas últimas duas décadas para se trabalhar em qualquer organização, principalmente, aquelas cuja essência é a atividade de serviços: gostar do que faz ou do trabalho que desenvolve; ter criatividade; iniciativa; ter habilidade para atuar em equipe, ser sensível, prático e dinâmico.

Esses requisitos fazem parte das novas práticas de gestão do trabalho no novo padrão de desenvolvimento do capitalismo. Segundo alguns estudiosos do trabalho e de suas relações (Drucker, 2002; Vergara, 2003; Navarro; Padilha, 2007), esses requisitos corroboram as transformações que vem ocorrendo no mundo do trabalho a partir dos anos oitenta, compreendidas como as novas estratégias de dominação do capital para que o(a) atenda as novas necessidades do mercado e que devem ser seguidas à risca por estes(as) dentro das organizações, particularmente, as organizações que integram a iniciativa privada com e sem fins lucrativos (ONG's, Fundações, Associações, Institutos, Cooperativas). Requisitos que vão medir o grau de competência e empregabilidade dos(as) trabalhadores(as), muito mais do que o nível de compreensão teórico-prático sobre o exercício da função, ou o nível de conhecimento técnico científico.

A análise das respostas dos(as) entrevistados(as) que demonstraram, especificamente, insatisfação com a função que exercem em função dos baixos salários e das condições precárias de trabalho, expressam as relações sociais de trabalho nas ILPIs participantes da pesquisa, caracterizadas como organizações privadas, sem ou com fins lucrativos. Nossa interpretação nesse estudo sobre essa questão vai se dar a partir da compreensão e como expressão das relações sociais de produção estabelecidas entre os(as) trabalhadores(as) e as organizações de atendimento ao(a) idoso(a).

Relações caracterizadas como de exploração da força de trabalho, ocorrendo em circunstâncias econômicas bastante adversas e ambíguas, dificultando a inserção desses(as) trabalhadores(as) em condições mais qualificadas, e menos desvalorizadas, reflexo da própria deterioração das relações de trabalho, associado a um padrão de absorção precário, caracterizado por baixos salários, atividades de baixa qualificação e preparação para o trabalho. Isto acontece, sobremaneira, quando os(as) trabalhadores(as) ocupam funções que se exige menos qualificação, no caso das ILPIs, aquelas de nível operacionais ocupadas pelas cuidadoras, cozinheiros(as), auxiliares de cozinha, auxiliares de lavanderia, de serviços de limpeza, auxiliares de enfermagem, dentre outras no mesmo nível.

Saraiva e Alencar (2011) salientam que os empregos gerados para este setor em Recife, sobretudo, aqueles para o nível operacional, vinculados aos serviços de cozinha, lavanderia, limpeza, higiene, de enfermagem, cuidados com idosos(as), oriundo do trabalho doméstico, são geralmente pouco valorizados e, portanto, reconhecidos como de baixa remuneração. Ademais, as organizações oferecem condições insalubres de trabalho, não há investimento em termos de qualificação profissional. Segundo o Ministério do trabalho (2015) 11,5 milhões de brasileiros são prestadores de serviços, subcontratados e possuem baixa remuneração, entendidas como de menor qualificação profissional.

Pesquisa realizada pelo IPARDES (2008) em 229 ILPIs do Paraná com 405 profissionais evidenciou que os(as) cuidadores(as) ganhavam à época R\$ 463,00 e as Auxiliares de Enfermagem R\$ 541,45, as duas categorias profissionais que representavam a maioria dos(as) entrevistados(as). O estudo ressalta ainda a sobrecarga de trabalho destes(as) profissionais, mais de 40 horas semanais, enfrentadas

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

pela quase totalidade dos(as) profissionais de nível operacional. Uma condição análoga à encontrada neste estudo e que se enquadra exatamente no sentido oposto ao propugnado pelas teorias administrativas contemporâneas. Na verdade, o discurso é um, mas, a prática das organizações tem sido outra, bem diferente. Esta situação corresponde hoje a atual condição salarial dos(as) trabalhadores(as) das ILPIs onde se realizou este estudo. Evidenciou-se que os(as) cuidadores(aa) das ILPIs filantrópicas e particulares ganham um salário mínimo e as Auxiliares de Enfermagem um pouco mais de um salário.

Tabela 13. Distribuição das respostas sobre a percepção dos(as) profissionais quanto à função da ILPI – Recife e RMR, 2015. Fonte: Elaborada pela própria autora com dados extraídos da pesquisa.

Função	Respostas	
	N	%
Acolher os idosos (que a família não quer ou não tem tempo de cuidar)	28	29,78
Cuidar do idoso pela família (ajudar, dá segurança, guardar)	20	21,27
Oferecer apoio afetivo (dar carinho, amor, cuidados físicos)	10	10,63
Dá abrigo aos idosos (abandonados, pobres, carentes)	24	25,53
Não soube responder	12	12,76
Total	94	100,0

A Tabela 13 mostra a percepção dos(as) profissionais em relação à função da ILPI. Percepção da ILPI como uma instituição que tem como função “acolher os idosos que a família não quer ou não tempo de cuidar” foi predominante sobre as outras respostas. Em segundo lugar aparece a função “dar abrigo aos idosos abandonados, pobres, carentes”, em terceiro lugar surge “cuidar do idoso pela família” e em quarto lugar com apenas 10,63% das respostas aparece oferecer apoio afetivo (dar carinho, amor, cuidados físicos).

Os resultados expostos mostram que todas as representações que os(as) profissionais têm sobre a função da ILPI estão associadas de alguma forma a função assistencialista compensatória, sobretudo, no sentido de suprir a falta da família, de modo a compensar a impossibilidade da família de cuidar – da alimentação, da higiene, da saúde e dá atenção – dos(as) seus(as) idosos e idosas. Na concepção dos(as) entrevistados(as), esta função justifica-se pelo fato de que as pessoas idosas atendidas pelas ILPIs são oriundas de famílias pobres, que não têm condições financeiras de cuidar em casa dos(as) mesmos(as), muitos(as) dos(as) quais são abonados(as), portanto, carentes de assistência e que, graças à ILPI, essas necessidades são providas. Os relatos abaixo retratam esta concepção.

Ajudar os idosos que passam necessidade. Tem idosos por aí passando fome, dormindo ao relento, sem ter nem um cobertor, e aqui na ILPI tem comida, remédio e a gente para cuidar deles, banhar, dar comer, botar pra dormir, dar remédio (Cuidadora de ILPI);

Alimentar e cuidar dos velhinhos pobres. Tem velhinhos que chegam aqui bem magrinhos, sofridos, e aí a gente começa a cuidar, dá alimentação e eles melhoram, se recuperam (Auxiliar de Enfermagem);

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

Aqui eles têm uma família. Certo que às vezes faltam muitas coisas para o idoso, é preciso melhorar, as pessoas têm que ajudar mais as ILPI, mas para quem não tem nada em casa, então a ILPI é muito bom (Cuidadora).

Verifica-se na fala dos(as) entrevistados(as) a reprodução vigente sobre o significado do conceito de ILPI entre a população como instituição voltada para o atendimento das demandas dos pobres. Acreditamos que esta reprodução influencia, no âmbito da intervenção, a consciência de que é importante identificar e promover condições que permitam as ILPIs funcionarem no sentido de promover um atendimento de qualidade aos(as) idosos(as), nos domínios físico, social e psicológico, independentemente de sua clientela, de condição de classe social. A ocorrência de uma velhice longa e saudável, nos termos da lei, é direito de todos(as) os(as) idosos(as). A Lei Federal nº 10.741/2003 dispõe sobre o Estatuto do Idoso e prevê a obrigação do poder público, da família, da comunidade e da sociedade, de assegurar ao(a) idoso(a), com absoluta prioridade, a efetivação de seus direitos no que concerne a saúde, à habitação, as entidades de atendimento ao(a) idoso(a).

No que tange ao Direito à Saúde, o Estatuto do Idoso em seu Título II – Dos Direitos Fundamentais Cap. IV art. 15 menciona: “... é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado, e contínuo das ações e serviços para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde”. Quanto à Habitação o Cap. IX, o art. 37 garante: O idoso tem direito à moradia digna no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou ainda em instituição pública ou privada”. No mesmo art. 37, parágrafo 3º, “as instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei”, em quantidade e qualidade desejável.

Este padrão de qualidade deve prever nas entidades de atendimento a pessoa idosa, conforme título IV – da política de atendimento ao idoso Cap. II art. 48 em seu parágrafo único afirma que “as entidades governamentais e não governamentais de assistência ao(a) idoso(a) devem atender os requisitos abaixo relacionados para propiciar aos idosos, independente de classe social um atendimento de qualidade: I – oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança; II – apresentar objetivos estatutários e plano de trabalho compatíveis com os princípios desta lei; III – estar regularmente constituída; IV – demonstrar a idoneidade de seus dirigentes.

Tabela 14. Concepção dos profissionais quanto à clientela que deve ser atendida na ILPI – Recife e RMR, 2015. Fonte: Elaborada pela autora com dados extraídos da pesquisa.

Clientela	Respostas	
	N	%
Idosos carentes (pobres, necessitados)	16	19,51
Todos os idosos (ricos e pobres)	24	29,26
Idosos cujas famílias não podem cuidar	10	12,19
Idosos abandonadas (desamparadas, sem família)	10	12,19
Idosos mais debilitados (dependentes)	12	14,63
Idosos independentes (lúcidos)	10	12,19
Total	82	100,0

Um aspecto comum nas respostas dos(as) entrevistados(as) é a preocupação com o atendimento do(a) idoso(a) carente, do ponto de vista socioeconômico, caracterizado(a) como pobre, necessitado, abandonado, desamparado. A visão da grande maioria dos(as) profissionais de ILPI sobre as famílias cujos pais são usuários desse tipo de instituição é de extrema penúria. São percebidas como miseráveis, desprovidas das mínimas condições de sobrevivência, buscando na ILPI atendimento emergencial. Senão, vejamos:

Só as famílias que não têm condições de cuidar, muito pobres, coloca seus idosos em ILPI (Auxiliar de Enfermagem);

Uma família rica jamais colocaria seus pais numa ILPI filantrópica, coloca numa ILPI privada (Porteiro).

É comum na literatura especializada o registro da calamitosa situação dos(as) idosos(as) pobres que são institucionalizados(as). Os determinantes da institucionalização têm sido mais bem conhecidos através de estudos sobre o perfil das ILPIs e do público atendido, características e necessidades das instituições, as quais apresentam, em muitas situações, problemas na gestão, relacionados aos recursos financeiros, e principalmente ao papel do Estado como provedor social que as deixam ainda distantes do padrão de qualidade desejável definido na legislação que regula os direitos dos idosos no país.

Na Tabela 15 mostra, a aceitabilidade dos(as) entrevistados(as) em colocar seus entes nas ILPIs é revelador que 78,57% não colocariam.

Tabela 15. Disposição dos entrevistados para utilizarem ILPIS para seus idosos(as) – Recife e RMR, 2015. Fonte: Elaborada pela própria autora com dados extraídos da pesquisa.

Colocaria	Respostas	
	N	%
Sim	17	21,25
Por quê?		
Só por necessidade (em último caso)	07	30,43
Por não ter com quem deixar	03	13,04
Por falta de condições financeiras	07	30,43
Pelos bons cuidados que a ILPI presta	02	8,69
Não soube responder	04	17,39
Não	63	78,57
Por quê?		
Os cuidados da família são melhores (amor, atenção, afeto)	36	63,15
A ILPI não dá atenção necessária (poucos profissionais)	05	8,92
Cuidados inadequados (alimentação, higiene, interação)	06	10,71
Não soube responder	10	17,85
Total	80	100,00

Estes dados reforçam os resultados anteriormente analisados, com relação às representações que os(as) profissionais entrevistados(as) têm sobre a função da ILPI. A ILPI é entendida pela maioria dos(as) mesmos(as) como um local de guarda, de proteção, de acolher a pessoa idosa que a família não quer ou não tempo de cuidar, ou com à função de dar abrigo aos(as) idosos(as) abandonados(as), pobres. Concebida desta forma, a ILPI corresponde, coerentemente, aos motivos pelos quais os(as) entrevistados(as) não colocariam nela seus pais e parentes idosos(as).

A instituição, portanto, seria para estes(as) uma estratégia a recorrer em casos de extrema necessidade. No entender da maioria dos(as) profissionais, a ILPI é tão somente um mal necessário, pois o ideal seria que o(a) idoso(a) fosse cuidado em casa, por sua família, ou mais especificamente por seus filhos(as). Estando a família perto, não haveria a necessidade de ILPI.

Na realidade, os(as) entrevistados(as) não percebem a ILPI como um espaço social, utilizado não como simples sinônimo de asilo, mas é um termo que implica uma nova forma de organização e de gestão de moradia coletiva para idosos(as), independentemente de sua condição social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constata-se o aumento da população idosa em todo o mundo consequência das altas taxas de natalidade em períodos anteriores, à maior longevidade devido aos progressos da medicina e aos estilos de vida mais saudáveis e, ao mesmo tempo, à diminuição das taxas de natalidade nas famílias atuais. Isto justifica o crescente aumento do consumo de serviços referente aos cuidados com idosos(as), sobretudo, em Instituições de Longa Permanência para Idosos, caracterizadas como de consumo coletivo.

Desta forma, torna-se importante ampliar os estudos e o debate acerca destas instituições, sobretudo, em relação aos profissionais que nelas trabalham considerados responsáveis diretos pelo processo de produção de bens (produtos) e de serviços coletivos consumidos pelos idosos(as), para que se possa avançar na proposição e implementação de novas propostas e modelos de organizações que tenham como foco a qualidade dos produtos e dos serviços prestados a este segmento.

No entanto, acreditamos, que os resultados desse estudo referente ao perfil dos(as) profissionais de ILPIs da Região Metropolitana de Recife e da cidade do Recife, juntamente com outros que estão sendo realizadas em outras capitais do Brasil, através da pesquisa interinstitucional - Cuidado como RISCO SOCIAL - A importância do perfil familiar no desenho de políticas públicas para o enfrentamento da Crise no Cuidado: o caso do idoso no Brasil - que vem sendo realizada, desde 2011, pelo Programa de Pós Graduação em Economia Doméstica, do Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa - UFV e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, subsidiará o planejamento de políticas sociais voltadas para enfrentar as diferentes realidades vivenciadas por estas, em especial, assegurar os direitos sociais do(a) idoso(a), criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Apesar dos avanços na legislação que garante aos(as) idosos(as) o direito de ser atendido(a) de forma digna nas ILPIs, ainda se evidencia veementemente as deficiências na qualidade dos produtos e dos serviços prestados por estas instituições, não desconsiderando a existência de instituições com atendimento de qualidade, contudo, ainda é expressivo o número daquelas que não atendem a parâmetros básicos de funcionamento, conforme estudos já realizados em Recife e Região Metropolitana por pesquisadores(as) que compõem a mesma equipe desta pesquisa.

Nesse contexto, um dos aspectos que deve ser considerado tendo em vista subsidiar estes estudos, bem como contribuir para a melhoria da qualidade do processo de produção de bens e de serviços nas organizações de atendimento aos idosos(as) diz respeito aos estudos com foco no perfil dos(as) profissionais responsáveis diretos pelos cuidados físicos e de bem estar dos(as) idosos(as), para que estas instituições se tornem uma alternativa que proporcione dignidade, bem estar físico e social e qualidade de vida a este segmento populacional.

Entendemos neste estudo que cuidar de idosos(as) implica exercitar a função de cuidar fisicamente, psicológica e das relações social e afetiva do(a) idoso(a) quando institucionalizado(a) ou na unidade doméstica. Para atender esta demanda quando institucionalizado(a) é fundamental a disponibilização de determinadas condições físicas, materiais e humanas que viabilizem o cuidado com eficiência nas ILPIs. Neste contexto, a disponibilização de profissionais com formação e qualificação na área para o exercício de suas funções de forma competente é imprescindível, considerando, principalmente, que na atualidade, nem todas as famílias estão aptas ou podem cuidar de seus membros, no caso específico dos(as) idosos(as), devido às transformações sociais e econômicas, sobretudo, aquela ocorrido no mundo do trabalho.

Nessa perspectiva, considerando os resultados deste estudo, a questão da escolaridade dos(as) profissionais entrevistados(as) é preocupante, considerando que 9% destes possuem apenas o ensino fundamental completo e que 4% são apenas alfabetizados. Nessa direção, o nível de escolaridade torna-se uma preocupação, pois a formação é fator primordial no atendimento das demandas dos(as) idosos(as) institucionalizados(as).

Outro aspecto a ser visto, é que a maioria dos cursos de graduação não possui uma disciplina específica ligada aos aspectos gerontológicos de senescência e senilidade, que forme profissionais para o exercício de funções de nível operacional nestas instituições, a exceção do curso de Economia Doméstica, Medicina, Enfermagem, Psicologia, que se enquadra devidamente para o atendimento dessa demanda. Em função dessa ausência, o Curso de Ciência do Consumo recentemente criado na UFRPE, especificamente no Departamento de Ciências Doméstica na sua matriz curricular integra a disciplina Consumo, envelhecimento e qualidade de vida.

O estudo sugere que as universidades e as agências de fomento à pesquisa possam reconhecer a velhice como uma realidade digna de investimentos intelectuais e financeiros, que acolhem os(as) profissionais que desejam trabalhar com o tema e junto com eles(as) definirem uma pauta de prioridades relacionadas à pesquisa e ao ensino em geriatria e em gerontologia, bem como relacionados aos cuidados com idosos(as).

O estudo mostra ainda que o papel atribuído a mulher como cuidadora de idosos(as) tem sido elemento controlador de práticas, atitudes e posturas em relação ao trabalho profissional realizado pelos(as) profissionais da área no exercício de funções, operacionais como cuidadoras. A concepção de desvalorização que se tem do trabalho doméstico e da relação de “naturalização” da mulher com esse trabalho tem contribuído para desvalorização da profissão de cuidador(a), quanto de outras profissões ditas femininas que atuam em instituições para idosos(as), tanto no aspecto econômico quanto social.

O estudo baseou-se em revisão da literatura científica sobre institucionalização de idosos e da legislação sobre envelhecimento. Espera-se contribuir para o debate sobre a premência de redes de apoio

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

social aos(as) idosos(as), capazes de reinventar as formas de morar e de recriar vínculos até o fim da vida com dignidade.

Ademais, o estudo do perfil socioeconômico e demográfico, a experiência e a formação profissional da população investigada são de suma importância e justificado pelo aumento da população de idosos(as) e o conseqüente crescimento da demanda por instituições de longa permanência. Além disso, informações relativas às pessoas que exercem as funções de nível operacional, poderão indicar tendências, deficiências e necessidades relativas a estes(as) aos(as) profissionais para as ILPIs e para o mercado de trabalho.

É importante, enfim, considerar que a maioria do total dos(as) entrevistados(as) reconheceu não possuir experiência na área de cuidados com idosos(as) antes de trabalhar na ILPI. Esse dado reflete a falta de estabelecimento de critérios qualitativos que contemplem requisitos básicos obrigatórios na seleção de candidatos para o trabalho nestas instituições, além daqueles já utilizados pela maioria das ILPIs como “ser paciente” e “gostar de Idosos”. Sugere-se, a partir deste estudo, uma formação com conhecimentos específicos para desenvolver a função dos(as) trabalhadores(as) e que seja exigido das auxiliares e do pessoal de apoio que trabalham diretamente com a higiene, alimentação e saúde do(a) idoso(a) na prestação de serviços de qualidade, além disso, maiores salários.

Considera-se que todas as condições evidenciadas neste estudo em relação ao perfil socioeconômico, demográfico, experiência e formação profissional dos(as) trabalhadores(as) das ILPIs da Cidade de Recife e Região Metropolitana é análoga aquelas encontradas em outras ILPIs nos Estados do Brasil. Uma condição que se enquadra exatamente no sentido oposto ao propugnado pelas teorias administrativas contemporâneas, pelo Estatuto do Idoso, pela Política Nacional do Idoso e pela RDC 208. Na verdade, o que se considera é que o discurso é um, mas, a prática das organizações e da legislação no campo do direito tem sido outra bem diferente.

Objetiva subsidiar o planejamento de políticas sociais voltadas para enfrentar as diferentes realidades vivenciadas pelo(a) idoso(a), em especial, assegurar os seus direitos sociais, criando condições para promover a sua autonomia, independência, integração e participação efetiva na sociedade, tendo em vista evitar o risco social a que se encontram expostos idosos(as).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (2005). Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Diário Oficial da União, nº 23, Brasília-DF, 27 de set. p. 12.
- Alcântara AO (2003). Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos. 171f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Alencar SL et al. (2011). Cuidador de Idosos(as): Profissional fundamental na tarefa de proporcionar um envelhecimento saudável. In: Congresso Brasileiro de Economia Doméstica, 2. Recife: CBED, 50-56.
- Anselmi ML et al. (2001). “Sobrevivência” no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. Revista Latino-americana de Enfermagem, 9(4): 13-28.
- ANVISA (2005). Resolução da Diretoria Colegiada, 283, de 26 de setembro de 2005. Disponível em www.portalsaude.gov.br.
- Araújo CLO et al. (2010). Trajetória das Instituições de Longa permanência para Idosos no Brasil. História de Enfermagem: Revista Eletrônica-HERE, 7(2): 250-252.
- Bases de Dados Portugal Contemporâneo (2009). População residente por grupo etário. Portugal: PORDATA, Disponível em: <http://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/População+Residente-28>. Acesso em: 06 jul. 2017.
- Beauvoir S (1990). A velhice. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Benevides CV (2011). UM ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NO BRASIL? 98f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal Fluminense.
- Bertelli SB (2006). O Idoso Não Quer pijama!: aprenda a conhecer e como tratar esse novo cliente. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Berzins MV, Borges MC (2012). Políticas Públicas para um país eu envelhece. São Paulo: Martinari.
- Bestetti MLT, Chiarelli TM (2012). Planejamento criativo em Instituições de Longa Permanência para Idosos: estudo de caso em foz do Iguaçu – PR. Perspectivas em Gestão & Conhecimento, 2(1): 36-51.
- Born T (2001). Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha? Considerações sobre a família, asilo, (im) previdência social e outras coisas mais. Revista Kairós – Gerontologia, 4(2): 135-148.
- Born T (2002). Cuidado ao idoso em instituição. In: Papaléo Neto M et al. (Org.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu.

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

- Born T, Boechat NS (2006). A qualidade dos cuidados ao idoso Institucionalizado. In: FREITAS, Elizabete Viana de (org.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Borsa JC, Nunes ML (2011). Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. *Psicol. Argum.*, 29(64): 31-39.
- BRASIL (2003). A Lei Federal nº 10.741/2003 dispõe sobre o Estatuto do Idoso
- BRASIL (2003). Estatuto Do Idoso – Lei nº 10.741, 1º de outubro de 2003. Título I. Disposições Preliminares. Art 3. 3p.
- BRASIL (2003). Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>.
- BRASIL (2014). Ministério da Saúde. [acessado 2014 Jun 25]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
- Brito FC, Ramos LR (2006). Serviços de atenção à saúde do idoso. In Papaléo Netto, M. Gerontologia. São Paulo, Atheneu, p.394-402.
- Brum AKR et al. (2005). O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. *Revista Latino-americano de Enfermagem*, 13(6): 1019-1026.
- Bruno MRP (2003). Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez.
- Camarano AA (2010). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea.
- Camarano AA et al. (2005). Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos. 144p.
- Camarano AA, Kanso S (2009). Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados. Rio de Janeiro: Ipea. (Texto para Discussão, n. 1.426).
- Campos JQ et al. (1987). Introdução à Saúde Pública. São Paulo.
- Carneiro BG et al. (2009). Perfil dos cuidadores de idosos de instituições de longa permanência e a prevalência de sintomatologia dolorosa. *ConScientiae Saúde. Universidade Nove de Julho Brasil*, 8(1): 75-82.
- Carneiro CS (2017). Entrevista. Migração e envelhecimento populacional: desafios contemporâneos. Entrevista concedida ao Instituto de Estudos Avançados Polo Ribeirão Preto (IEA-RP) da USP. Disponível em: < <http://www. http://www.iea.usp.br/noticias/fenomeno-da-migracao-tambem-tem-relacao-com-idosos>. Acesso em: 02 jun. 2017.
- Carvalho MILB (2012). Modelo de Política de cuidados na velhice em Portugal. In: Berzins MV, Borges MC (Org.). Políticas Públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari. Cap.12: 271-300.
- Chachamovich E et al. (2011). Qualidade de vida em idoso: conceituação e investigação. In: Neri AL (Org). Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. 2. Ed. Campinas, São Paulo: Editora Alinea.
- Chizzotti A (1995). Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez.

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idosos: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

- Christophe M (2009). Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração?. 178f. Dissertação (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais) - Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro.
- Colomé ICS et al. (2009). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(2): 306-312.
- Costa MCNS, Mercadante EF (2013). O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(2): 209-222.
- Creutzberg M et al. (2007). A Instituição de Longa Permanência para Idosos e o sistema de saúde. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 15(6): 1-6.
- Davim RMB et al. (2004). Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 12(3): 518-524.
- Debert GG (1992). Família, Classe Social e Etnicidade: Um Balanço da Bibliografia sobre a Experiência de Envelhecimento. *Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais*, 33: 33-49.
- DIEESE (2011). Anuário das Mulheres Brasileiras. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. São Paulo. 304p.
- DIRETORIA GERAL DE ASSISTÊNCIA MUNICIPAL (1929). Asylo São Francisco de Assis: Estabelecimento de Assistência à Velhice Desamparada, mantido pela Municipalidade do Distrito Federal – 10 de julho de 1879 a 10 de julho de 1929. Rio de Janeiro, Oficinas Gráficas do Jornal do Brazil, 1929.
- Drucker PF (2002). Introdução à administração. São Paulo: Pioneira Thomson.
- Duarte Y (1997). Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. *O Mundo da Saúde*, 21(4): 226-230.
- Duarte YAO (2003). Sabe. Saúde, bem-estar e envelhecimento. O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 185-200.
- Fabício CM (2015). Crise no cuidado como risco social: um estudo do cotidiano das organizações que cuidam de idosos(as) da cidade e região metropolitana do Recife-PE. 96f. Monografia em Economia Doméstica – Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife.
- Filizzola M (1972). A Velhice no Brasil. Rio de Janeiro: Companhia brasileira de artes gráficas.
- Fonseca JJS (2002). Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC.
- Gerhardt TE et al. (2009). Métodos de pesquisa. Porto Alegre. Editora: UFRGS.
- Gil AC (2007). Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas.
- Gonçalves MS (2013). Os primórdios da Psiquiatria no Brasil: o Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850-1880). *Revista Brasileira de História da Ciência*, 6(1): 60-77.
- Groisman D (1999). Estudo interdisciplinaridade envelhecimento, Porto Alegre, 2: 67-87.

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idosos: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

- Groisman D (1999a). Duas abordagens aos asilos de velhos: da clínica Santa Genoveva à história da institucionalização da velhice. *Cadernos pagu*, 13: 161-190.
- Groisman D (1999b). Asilos de velhos: passado e presente. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*. 2: 67-87.
- Guerreiro MD, Abrantes P (2005). Como tornar-se adulto: processos de transição na modernidade avançada. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 20(58).
- IBGE (2002). Grupo etário. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2011-11-16/numero-de-homens-supera-de-mulheres-em-cidades-brasileiras-com-ate-20-mil-habitantes> pdf>. Acesso em: 22 out. 2016.
- IBGE (2006). Estatística do Século XX: população e estatísticas vitais. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/seculoxx.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2017.
- IBGE (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociais Municípios/Censo Demográfico 2010. <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2011-11-16/numero-de-homens-supera-de-mulheres-em-cidades-brasileiras-com-ate-20-mil-habitantes>. Acesso em: 22 de Outubro de 2016.
- IPARDES (2008). Instituições de longa permanência para idosos: caracterização e condições de atendimento. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Curitiba. 109p.
- IPEA (2010). Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 430p. Disponível em:http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf. Acesso em 11 de março de 2015.
- Jacobzone S (1999). Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives. *Occasional Papers*, Paris: OECD, Labour Market and Social Policy, 38: 18.
- King ML (2017). Pensamentos de Marthin Luther King [S.l.]: Pensador. Disponível em: <http://pensador.uol.com.br/autor/friedrich_nietzsche/>. Acesso em: 10 abril 2017.
- Laville C, Dionne J (1999). A construção do saber. Belo Horizonte: UFMG.
- Lima CRV (2011.). Políticas Públicas Para Idosos: A realidade das instituições de longa permanência no Distrito Federal. 120f. Monografia (Curso de Especialização em Legislativo e Políticas Públicas) - Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento, Brasília.
- Lopes RA et al. (2012). Perfil dos cuidadores das instituições de longa permanência para idosos de Itaúna – MG. *ConScientiae Saúde*, Universidade Nove de Julho Brasil, 11(2): 338-344.
- Machado IJR (2017). Entrevista. Migração e envelhecimento populacional: desafios contemporâneos. Entrevista concedida ao Instituto de Estudos Avançados Polo Ribeirão Preto (IEA-RP) da USP.

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

Disponível em: < <http://www.ica.usp.br/noticias/fenomeno-da-migracao-tambem-tem-relacao-com-idosos>. Acesso em: 02 jun. 2017.

Martinez SHL, Brêtas ACP (2004). O significado do cuidado para quem cuida do idoso em uma instituição asilar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 17(2): 181-188.

Minayo MCS, Sanches O (1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Caderno Saúde Pública*, 9(3): 239-262.

Moreira A (2015). Crescimento demográfico no Brasil vai desacelerar em 2040, prevê ONU. *Revista Valor Econômico*. Disponível em: <http://www.valor.com.br/internacional/4154720/crescimento-demografico-no-brasil-vai-desacelerar-em-2040-preve-onu>. Acesso em: 10 set. 2016.

Moscovici S (2015). Representações sociais: investigações em psicologia social; traduzido por Pedrinho A. Guareschi. 11ed. – Petrópolis, RJ: Vozes.

Navarro VL, Padilha V (2007). Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. *Psicologia & Sociedade*, 19(3).

Nietzsche (2017). Pensamentos de Nietzsche. [S.l.]: Pensador. Disponível em: <http://pensador.uol.com.br/autor/friedrich_nietzsche/>. Acesso em: 10 abril 2017.

Noronha EG (2000). O modelo legislado de relações de trabalho no Brasil. *Revista de Ciências Sociais*, 43(3): 241-290.

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

Padilha P (2007). Entrevista: Paulo Padilha. (S.l.): Direcional Educador.

Papalia DE, Olds SW (2000). A Terceira idade e o fim da vida. In: *Desenvolvimento Hu-mano*. Porto Alegre: Artmed.

Pasinato MTM, Kornis GEM (2010). A inserção dos cuidados de longa duração para idosos no âmbito dos sistemas de seguridade social: experiência internacional. In: Camarano, Ana Amélia (org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea. Cap. 1: 39-67.

Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (2011). Municipais/Censo Demográfico. Rio de Janeiro: PNAD. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011>. Acesso em: 01 out. 2016.

PNAD (2011). Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio Municipais/Censo Demográfico 2011. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011>. Acesso em: 01 de Outubro de 2016.

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

- Pollo SHL, Assis M (2008). Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro rev. Bras. Geriatr. Gerontol., 11(1): 29-43.
- Rey PM (2012). O Hospício de Pedro II e os alienados no Brasil (1875). Revista Latino-americana Psicopatologia Fundamental, 15(2): 382-403.
- Ribeiro MTF et al. (2008). Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. Ciência & Saúde Coletiva, 13(4): 1286-1292.
- Rodrigues NC (2005). Retrospectiva da política nacional do idoso. Revés do Avesso, São Paulo, CEPE, 14: 84-90.
- Sanches M (2012). Políticas de Atenção às Pessoas Idosas na Espanha – A Lei de dependência. In: BERZINS, Marília Viana; BORGES, Maria Claudia. Políticas Públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari, Cap. 11, p. 253-270.
- Santiago CSVB et al. (1992). Repensando Economia Doméstica Numa Perspectiva de Gênero. OIKOS – Revista Brasileira de Economia Doméstica, 7(2): 37–41.
- Santos ÁS et al. (2010). A rede de serviços de atenção à saúde do idoso na cidade de Barcelona (Espanha) e na cidade de São Paulo (Brasil). Serviço. Soc. Soc., 102: 365-386.
- Saraiva JM (1990). Perfil do Trabalhador do Setor de Nutrição e Saúde de Creches Públicas da Cidade de Recife-PE. 178f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- Silva et al. (2015). Formação profissional de cuidador de idosos atuantes em instituições de longa permanência. HOLOS, 8(31): 342-356.
- Silva IF (1998). As relações de poder no cotidiano de mulheres cuidadoras. In: Karsch UMS. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC.
- Silva Junior GL (2012). A Lei dos pobres: Primeira Lei assistencialista política e bem estar social.
- Silva SP (2007). Pesquisa, ensino e formação docente no ensino superior. In: Sales JÁ et al. (Org.) Formação e práticas docentes. Fortaleza: EdUECE, 165-178.
- United States Census (2010). IT'S IN OUR HANDS. Disponível em: <<https://www.census.gov/2010census/>> Acesso em: 02 jul. 2017.
- Veras RP (2003). Serviço Social & Sociedade. Cortez, São Paulo, 5-15.
- Vergara SC (2003). Questão de pessoas. 3 Ed, São Paulo: Atlas.
- Viana AP (2017). Fatores que se interpõem à qualidade dos serviços de saúde prestados pelas unidades de pronto atendimento como meios de consumo coletivo. 190f. Dissertação (Mestrado em Cotidiano, Consumo e Desenvolvimento Humano) – Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife.
- Vieira CPB et al. (2016). Concepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas. Revista Mineira de Enfermagem, 15(3): 72-95.

Perfil dos profissionais de instituição de longa permanência para idoso: competências e impactos para o cuidado e o bem-estar

- Wagner A et al. (2014). Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Wanderley MB (1998). Publicização do papel do cuidador domiciliar. São Paulo: IEE/PUC-SP.
- Wendling MI (2002). “Asas para voar, raízes para voltar”: a saída dos filhos da casa dos pais. 113f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre.
- Wilmoth J (2002). Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos. *Sociologias*, 4(7): 136-155.
- Wong LLR, Carvalho JAM (2006). O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos de população*, 23(1): 5-26.
- Ximenes MA, Côrte B (2007). A instituição asilar e seus fazeres cotidianos: um estudo de caso. *Estud. interdiscip. Envelhec.*, 11: 29-52.
- Yin RK (2001). Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Asilo · 18, 38, 39

C

Capacitação · 67

Conservador · 25, 26, 30

Constituição Federal · 43, 45, 52

Consumo · 20, 78, 88

Cuidados · 76

D

Direito · 43, 74

Doméstica · 7, 10, 20, 48, 63, 65, 66, 77, 78, 88

E

Empregada · 65

Envelhecimento · 16

Escolaridade · 62

Estado · 16, 17, 18, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 34, 35, 38, 41, 43, 44, 45, 50, 52, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 63, 68, 75

Europa · 16, 24, 25, 27, 29, 31, 33, 34, 35, 36, 40

F

Família · 26, 65

Filhos · 56

G

Governo · 42

I

Idade · 21, 22, 23, 42, 53

Idoso · 7, 18, 27, 30, 43, 46, 50, 52, 74, 79

ILPI · 8, 11, 12, 18, 19, 20, 44, 47, 50, 51, 53, 59, 60, 64, 66, 67, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 79

Instituições · 5, 6, 7, 10, 17, 18, 20, 23, 37, 39, 43, 44, 51, 55, 69, 77

L

Liberal · 25, 26

M

Mercado · 26

Moradia · 63, 64

P

Profissionais · 64

R

Renda · 58, 60

S

Salário · 58

Saúde · 7, 18, 45, 46, 47, 52, 74, 88

Serviços · 58, 59, 62, 68, 71

Sexo · 53

U

Universal · 26

V

Velhice · 39

SOBRE OS AUTORES

 **Luana Corrêa de Araújo**

Graduada em Economia Doméstica pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE) e em Tecnologia em Petróleo e Gás pela Universidade Salgado de Oliveira (Universo). Pesquisadora do projeto 'Desafios do enfrentamento da AIDS em Pernambuco, em tempos de ajuste neoliberal e desmonte do Sistema Único de Saúde' pelo Departamento de Serviço Social – Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA) da UFPE.

E-mail: luana.c.87@hotmail.com.

 **Joseana Maria Saraiva**

Graduada em Economia Doméstica pela Universidade Federal do Ceará (UFC); mestre em Nutrição e doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora Associada da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE) – Departamento de Ciências do Consumo.

E-mail: joseanasaraiva@yahoo.com.br.

 **Evandro Alves Barbosa Filho**

Graduado, mestre e doutor em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com Estágio Doutoral no Exterior realizado no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da University of Cape Town (UCT), África do Sul. Atualmente é pós-doutorando, com bolsa PNPB – Capes/Facepe, atuando como docente colaborador e pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE.

E-mail: evealves85@yahoo.com.br.



Pantanal Editora
Rua Abaete, 83, Sala B, Centro. CEP: 78690-000
Nova Xavantina – Mato Grosso – Brasil
Telefone (66) 99682-4165 (Whatsapp)
<https://www.editorapantanal.com.br>
contato@editorapantanal.com.br